Aus der Kgl. II. gynäkologischen Universitäts-Klinik
Vorstand: Professor Dr. J. A. Amann.

Zur Kasuistik der diffusen eitrigen Peritonitis.

■ ■ ■

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Otto Karl Renoldi
appr. Arzt
aus Essen i. Rheinprovinz.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

■ ■ ■

München 1913.
RUDOLPH MÜLLER & STEINICKE.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität München.

Referent: Herr Professor Dr. J. A. Amann.

Meinen lieben Eltern gewidmet!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548303_0131

In der älteren medizinischen Literatur findet man fast gar nichts über die Therapie der allgemeinen Bauchfellentzündung. Die Erfolge der früher eingeleiteten Behandlung waren so durchaus ungünstig, daß die Aerzte diese Erkrankung einfach den unheilbaren zuzählten und von einem Versuch einer eigentlichen Behandlung Abstand nahmen.

Erst nach Listers Zeit, als die Chirurgie einen so gewaltigen Aufschwung nahm, fing man an, auch die Peritonitis nicht mehr für vollkommen unheilbar zu halten. Man erkannte, daß bei möglichst frühzeitigem Eingreifen gar mancher Patient noch zu retten war. Je weiter die Technik der Bauchoperationen gedieh, desto besser wurden die Resultate, und wenn auch heute noch die Bauchfellentzündung für ein äußerst gefährliches und das Leben bedrohendes Leiden gilt, so kommt das doch wohl hauptsächlich daher, daß die Patienten meist zu spät zur Operation gelangen, wenn die Krankheit schon zu weit fortgeschritten ist und den Gesamtorganismus schon zu schwer geschädigt hat.

Mit der Geschichte der modernen Therapie der Peritonitis sind Namen verbunden, wie v. Mikulicz, der als erster im Jahre 1886 einen größeren Bericht über dieses Thema gab, ferner v. König, v. Bergmann, Wagner und Körte, der 1892 darauf hinwies, daß mit einem zielbewußten chirurgischen Handeln im Frühstadium der Erkrankung gute Erfolge zu erzielen wären.

Um die bacteriologische Erforschung der Peritonitis machten sich besonders Friedrich und Brunner verdient.

Rehn veröffentlichte 1902 zuerst die von ihm aufgestellte Methode der Peritonitisbehandlung mittels Spülung. Er geht von dem Standpunkt aus, daß die bei der Peritonitisoperation notwendige Reinigung der Bauchhöhle am gründlichsten und schonendsten durch eine Kochsalzausspülung der gesamten Bauchhöhle geschehen kann.

Körte sagt, daß diejenigen Symptome, welche durch bereits erfolgte Resorption von giftigen Stoffen hervorgerufen wurden, nicht mehr beeinflußt werden können; es können dem Körper nur Bedingungen geschaffen werden, welche die Ueberwindung der Krankheit begünstigen. Darunter ist neben Aus-

schaltung der Infektionsursache besonders die Entfernung des Eiters zu verstehen.

Nötzel meinte auf dem 38. Chirurgenkongreß, daß durch die Spülung mit heißer physiologischer Na Cl-Lösung der Eiter am vollständigsten aus der Bauchhöhle entfernt wird, ohne daß dabei die Serosa in dem Maße gereizt wird, wie es durch das Auswischen und Austupfen geschieht. Um das Verschleppen der Keime durch die Spülflüssigkeit zu vermeiden, spült er unter geringem Druck bei Beckentieflagerung von oben nach unten, bis das ganz klare Spülwasser unten abfließt. Die etwaigen Darmverwachsungen löst er stumpf mit der Hand, um das Spülwasser in alle Teile der Bauchhöhle bringen zu können. Das noch etwa im Peritonealsack stehende Spülwasser tupft er nicht aus, sondern läßt es nach Schluß der Bauchdecken durch die Drains abfließen.

Fromme schreibt über den Wert dieser Spülungen in seiner Monographie über die Peritonitis: „Wir selber haben öfters nach ausgiebigen Spülungen des Peritonealraumes Collapse entstehen sehen, die vielleicht zustande kamen durch eine nach der Spülung einsetzende raschere Resorption von Seiten des Peritoneums. Andererseits ist aber auch nicht zu leugnen, daß durch die Spülungen unter Umständen das eitrige Exsudat besser und vollständiger aus der Bauchhöhle entfernt wird, als es mit dem trocknen Austupfen möglich ist. Hauptsächlich Kotzenberg hat in neuester Zeit die von Rehn-Nötzel eingeführten Spülungen des Peritoneums wieder sehr empfohlen. 30 bis 40 Liter Kochsalzlösung sind dazu nicht zu viel, und die Flüssigkeit wird auch nicht vollständig aus der Bauchhöhle entfernt, sondern bleibt zum Teil in ihr zurück. Kotzenberg löst ferner sämtliche Verklebungen der Darmschlingen. Auch das kann Vorteile und Nachteile haben. Vorteile insofern, als man zwischen den Darmschlingen liegende Eiterdepots durch Lösung der Verwachsungen auffinden und beseitigen kann, Nachteile, als man event. Verwachsungen löst, die zur Abkapselung des entzündlichen Processes außerordentlich gut waren. Ich glaube, es muß auch hier ein Mittelweg gangbar sein. Frei aufgedeckte Eiterherde sind am besten durch Spülung und feuchtes Abwaschen der Darmschlingen zu entfernen, dagegen kann ich gegen die Spülung des ganzen Peritonealraumes unter Druck meine Bedenken nicht ganz verbergen, hauptsächlich bei Patienten, die bereits im chronischen Stadium der Resorption sind. Denn wir haben gesehen, daß durch die geringsten Mengen einverleibter Flüssigkeit die Resorption eine akute wird, und die Versuchstiere infolgedessen rasch an Toxinämie zu Grunde gehen."

Während Fromme also noch gewisse Bedenken gegen die Ausspülung nicht von der Hand weisen kann, sprechen die

Erfahrungen an der Döderlein'schen Frauenklinik durchaus zu Gunsten der Ausspülung, wie das besonders in der Veröffentlichung von Weber in der Münchener medizinischen Wochenschrift Nr. 32, 1913 zum Ausdruck kommt:

„Döderlein spült in den mannigfachsten Fällen der Verunreinigung der Peritonealhöhle, sei es nun, daß es sich um die Beseitigung infektiöser oder nicht infektiöser Massen handelt. So wurde gespült, wenn aus geplatzten Ovarialtumoren gutartiger oder maligner Art der Inhalt sich in die Bauchhöhle ergoß, ferner, wenn die Peritonealhöhle durch den Eiter einer geplatzten Pyosalpinx, gleichgültig, ob infektiöser oder nicht infektiöser Natur, verunreinigt war. Weiterhin wurde bei Tubaraborten und Haemotocelen das frische, in die Bauchhöhle ergossene Blut ebenso wie das alte, geronnene durch Spülung entfernt. In gleicher Weise wurde auch die Reinigung der Bauchhöhle von Blut und Fruchtwasser nach kompletten Uterusrupturen erzielt, oder wenn bei einer Eröffnung des Darmes Kot ausgetreten war.

Alles in allem genommen, möchten wir heute auf die Spülung der Bauchhöhle, die uns niemals Schaden gebracht, nicht mehr verzichten. Um diesen günstigen Effekt aber vollständig zu erreichen, darf es sich nicht nur um eine oberflächliche Bespülung von nur geringen Mengen Flüssigkeit handeln, sondern es muß die Bauchhöhle mit vielen Litern — mit 25—30 und noch mehr — physiologischer Kochsalzlösung von 40 Grad C. bei voller Narkose gründlich ausgewaschen werden. Die rasche und ohne unnötigen Zeitverlust vorgenommenen Spülungen stellen dabei obendrein noch wie subkutane Kochsalzinfusionen eher ein Analeptikum dar, als daß sie nachteilig werden könnten."

Als Gegner der Spülmethode zeigt sich besonders Friedrich. Er meint, die Spülung sei erstens unnötig und zweitens schädlich, weil durch dieselbe Keime in noch nicht inficierte Partieen des Peritoneums verschleppt werden könnten und durch die Na Cl-Lösung die Resorption der ja nie vollständig zu entfernenden Infektionsmasse befördert werde.

Nordmann hat auf dem 38. Chirurgenkongreß 1909 diese Bedenken zu widerlegen versucht. Er gibt als Mortalität bei Spülung 48% an, während Sprengel, der Anhänger der Methode der Eiteraustupfung ist, genau ebenfalls 48% Mortalität verzeichnet.

Alle Autoren aufzuzählen, die in neuerer Zeit über dieses Thema geschrieben oder gesprochen haben, würde zu weit führen, da ihre Zahl eine überaus große ist. Nur muß ich noch auf die von Glimm 1906 inaugurierte Kampherölbehandlung des Peritoneums etwas näher eingehen.

Glimm empfahl zuerst bei aussichtslosen Peritonitisfällen das Eingießen von etwa 130 ccm 1%igen, sterilisierten Kam-

pheröls in die Bauchhöhle. Er erstrebte dadurch eine mehrtägige Oelverlegung der abführenden Lymphwege und dadurch eine Resorptionshemmung der Bacterien und ihrer Toxine.

Den Anschauungen Glimms schlossen sich besonders Hirschel, Borchhart und Pfannenstiel an.

Höhne wurde durch diese Veröffentlichungen zu weiteren Versuchen angeregt und glaubte auf Grund seiner experimentellen Untersuchungen, daß das Oel nicht durch Verlegung der Lymphbahnen, sondern durch Erzeugung einer reaktiven Peritonitis wirksam sei. Er empfahl daher nicht die postoperative Anwendung, sondern ein prophylaktische, anteoperative Kampherölbehandlung, weil er annahm, daß durch die aseptische Reizung des Peritoneums dieses zur Ueberwindung der Infektion fähiger werde. Jetzt erhob sich ein ausgedehnter wissenschaftlicher Streit, von dem fast jede Nummer der medizinischen Zeitschriften zeugt. Viele Autoren verwarfen vollständig die Anwendung, weil sie keinen Vorteil, ja in einigen Fällen Schaden von einer Oelanwendung sahen, andere wieder empfahlen sowohl die anteoperative wie die postoperative Applikation. Als Anhänger der letzteren Behandlungsart bekennen sich besonders Lahaussois, Vignard und Arnaud, Hirschel und Döderlein. Aus der Klinik des letzteren wurden über sehr günstige Erfahrungen berichtet, sodaß das Verfahren dort jetzt fast in jedem Falle von Peritonitis angewandt wird, wie das aus der obengenannten Mitteilung Webers hervorgeht: „In die „durch Na Cl-Lösung“ in allen ihren Höhlen und Buchten gründlich ausgespülte und mit Schwämmen von dem überflüssigen Wasser befreite Bauchhöhle pflegen wir nun in geeigneten Fällen das sterile, körperwarme Kampheröl einzugießen und mit Tupfern gut zu verteilen. Auch die bei diesem Vorgehen beobachteten Erfolge befriedigen zum größten Teile und sprechen für eine weitere Anwendung.

Wenn nun auch allerdings vereinzelte Mißerfolge nicht ausblieben, so haben doch im allgemeinen unsere Erfahrungen in uns die Ueberzeugung von der Zweckmäßigkeit und Leistungsfähigkeit des Verfahrens immer aufs neue bestärkt. Wir haben die von uns geübte Spülung mit Kampherölung der Abdominalhöhle als ein bedeutungsvolles Mittel im Kampfe gegen die drohende und ausgebrochene Peritonitis schätzen gelernt, dessen vortreffliche Erfolge umso höher anzuschlagen sind, als ja trotz aller bisherigen Bemühungen die Mortalität der Erkrankung immer noch eine recht hohe ist.“

Dem gegenüber sei noch mit wenigen Worten der von Höhne inaugurierten sogenannten Kampher-Vorölung Erwähnung getan, bei der es sich um eine Injektion von Kampheröl in die Bauchhöhle handelt, und zwar einen bis mehrere Tage vor der Vornahme von sogenannten unreinen Laparotomien, die

erfahrungsgemäß nicht selten von Peritonitis gefolgt sind. Wie bereits V. Seuffert (Monatsschrift f. Geburtshilfe und Gynaecologie, Bd. 35, Heft 5) mitteilen konnte, haben diese prophylaktischen Vorölungen, die wir fast ausschließlich vor Carcinomoperationen des Uterus anwandten, absolut nicht gehalten, was sie versprochen und was wir von ihnen erwartet hatten, sodaß wir von diesem Verfahren wieder völlig abgekommen sind." Die Forschungen auf allen Gebieten der Peritonitis haben uns die Ueberzeugung gebracht, daß jede Therapie außer der chirurgischen aussichtslos ist und daß nur von der Operation im Frühstadium der Erkrankung etwas zu erhoffen ist.

Die Gefährlichkeit einer Krankheit für das Leben der Patienten wird ziemlich gut ausgedrückt durch die Mortalitätsziffer. Hiernach kann man auch die Fortschritte einer Therapie annähernd bewerten. Während nun früher fast alle Peritonitiskranken mit absoluter Sicherheit zu Grunde gingen, finden wir heute vielfach die Angabe, daß $^2/_3$ bis $^3/_4$ aller Patienten geheilt werden. Solche Angaben sind doch mit einer gewissen Vorsicht aufzufassen, besonders wenn man an einer anderen Stelle (Chirurgische Abteilung des Allerheiligen Hospitales in Breslau) eine Mortalität von 80% für diffuse eitrige Peritonitis angegeben findet. Solche Differenzen können verschiedene Gründe haben:

Erstens ist der Begriff der diffusen eitrigen Peritonitis ein sehr weiter. Manche Autoren stellen diese Diagnose, wenn sie entfernt vom Ausgangspunkte der Entzündung infektiöses Material in der Bauchhöhle finden, andere, wenn größere Abschnitte der Bauchhöhle inficiert sind, wieder andere, wenn sie eine freie, nicht abgesackte Entzündung eines Teiles der Bauchhöhle feststellen, sei es des Peritoneum parietale, sei es der Darm- und Organ-Serosa.

Zweitens werden in manchen Krankenhäusern schon moribund eingelieferte Patienten als aussichtslos von der Operation zurückgewiesen. Diese kommen dann meistens wenige Stunden nach ihrer Aufnahme ad exitum und werden dann, weil nicht behandelt, bei der Aufstellung der Statistiken nicht berücksichtigt.

Um diesem Uebelstande abzuhelfen, ist schon mehrfach der Vorschlag gemacht worden, nur solche Fälle zur diffusen eitrigen Peritonitis zu rechnen, die neben schweren klinischen Erscheinungen in allen, bei der Operation zu Gesicht kommenden Teilen der Bauchhöhle die Zeichen der Entzündung, sei es Exsudatbildung, sei es entzündliche Injektion der Serosa zeigen, Fälle dagegen von der Berechnung auszuschließen, bei denen es sich um eine von einem inficierten Bauchorgan, zum Beispiel Appendix, ausgehende lokale Peritonitis handelt. In der vorliegenden Arbeit war für die Auswahl der Fälle dieser Grundsatz maßgebend. Alle, auch die moribund eingelieferten Pa-

tienten, wurden der Operation, als dem einzigen Mittel, welches, wenn auch nur geringe, Aussicht auf Rettung bot, sofort unterworfen, sobald die klinischen Symptome eine Peritonitis wahrscheinlich erscheinen ließen.

Die Therapie bestand darin, daß möglichst frühzeitig operiert wurde, nachdem die Diagnose gesichert war. Der Zweck der Operation war, wie Nordmann auf dem 38. Chirurgen-Kongreß sagte, in allen Fällen möglichst schonend und schnell den Ausgangspunkt der Peritonitis unschädlich zu machen, das infektiöse Material herauszuschaffen und den weiteren Abfluß desselben durch Drainage zu sichern.

In den meisten Fällen wurde die Laparotomie unter Inhalationsnarkose mittels des infraumbilikalen Längsschnittes, in einigen Fällen auch mittels des Pfannenstiel'schen suprasymphysären Fascienquerschnittes und in den von einer Appendicitis ausgehenden Fällen mittels des pararectalen Schrägeschnittes ausgeführt.

Wenn auch im allgemeinen der Ausgangspunkt für die Peritonitis entfernt wurde, geschah das doch nicht in allen Fällen, und zwar dann nicht, wenn es sich um akute Adnexerkrankungen ohne Geschwulstbildung und um Uterusperforationen handelte. Meistens wurde die Perforationsöffnung doppelt übernäht und der Uterus zurückgelassen, weil durch die Exstirpation des Uterus bei eitriger Peritonitis zum Teil die Chancen aus der Hand gegeben werden, die man mit der Laparotomie erstrebt, da man ganz abgesehen von der Verlängerung der Operationsdauer mehr oder weniger ausgedehnte neue Gewebswunden setzt, welche der Weiterverbreitung der Infektion, damit der Virulenzsteigerung der in Betracht kommenden Bakterien und der Reinfektion des Peritoneums Vorschub leisten.

Die von Rehn angegebene Spülung der Bauchhöhle mit warmer physiologischer NaCl-Lösung zur Entfernung des Eiters wurde in allen Fällen ausgeführt, in denen diffuses eitriges Exsudat in der ganzen Bauchhöhle vorhanden war; dagegen wurde in den Fällen, in welchen das Eiterexsudat noch lokalisiert war, und in der freien Bauchhöhle nur seröses oder trübseröses Exsudat war, von einer Spülung abgesehen.

Die Drainage wurde verschieden gehandhabt. Bis vor $1^1/_2$ Jahren wurde in fast jedem Falle, abgesehen von gonorrhoischer Peritonitis, nach oben und wiederholt auch durch den Douglas drainiert. Den geänderten Ansichten und Erfahrungen über die Zweckmäßigkeit der Drainage entsprechend, wurde in den letzten $1^1/_2$ Jahren in den meisten Fällen die Bauchhöhle ohne Drainage geschlossen und nur die Bauchwunde drainiert, falls nicht große peritoneale und Gewebsdefekte zur Drainage zwangen.

Die Kontraincisionen wurden nur in 2 Fällen vorgenommen (Fall III und VIII). Darmschlingen wurden nur zweimal zwecks

Enterostomie in die Bauchwunde eingenäht. Von der Punktion oder von dem sogen. Melken der meteoristisch geblähten Därme wurde kein Gebrauch gemacht.

Die Nachbehandlung nach der Operation wurde, was die Laparotomiewunde anbelangt, nach den allgemeinen für Bauchwunden gültigen Regeln gehandhabt.

Die Patienten wurden in Fowler'scher Beckentieflage gebettet, um eine möglichste Lokalisation der zurückgebliebenen Exsudat- und Spülwassermengen und des eventuell neugebildeten Exsudates nach den Douglas hin zu befördern. Es hat sich dies sehr zweckmäßig erwiesen. In mehreren Fällen konnte nach 10—12 Tagen vom Douglas aus das lokalisierte eitrige Exsudat durch hintere Kolpotomie entleert werden. Gegen das hartnäckige Erbrechen wurden häufige Magenspülungen mit gutem Erfolge angewandt. Die Kranken fühlten sich im allgemeinen nach der Spülung besser und das Erbrechen sistierte immer für mehrere Stunden. In einigen Fällen wurde auch die permanente Magensonde als dünner Katheter durch die Nase eingeführt und liegen gelassen. Dieselbe funktionierte objektiv immer sehr gut, wurde aber von den Patienten meist nur schlecht vertragen. Um den Meteorismus zu bekämpfen, wurde Physostigmin und Hormonal injiciert, und zwar sofort nach der Operation Physostigmin subkutan in $1^1/_2$- bis 2facher Maximaldosis. Gleichzeitig Hormonal intramuskulär. Die Erfolge waren teilweise ausgezeichnete. Bei schwerer septischer Allgemeininfektion und ausgebildeter Darmparalyse war aber auch diese Therapie nutzlos. Weiter wurden in jedem Falle permanente Rectaleinläufe mit physiologischer Na Cl-Lösung oder 5,4%iger Traubenzuckerlösung angewendet, die einerseits die Zufuhr größerer Flüssigkeitsmengen gewährleisteten und anderseits die Darmperistaltik günstig anzuregen schienen. Zur Hebung des Allgemeinbefindens bei Herzschwächen wurden die üblichen Analeptika, Kampher, Coffein subkutan und Digalen intravenös verwandt und außerdem ausgedehnter Gebrauch gemacht von den intravenösen oder subkutanen Infusionen von physiologischer Na Cl-Lösung. Von dem in früheren Jahren häufig angewandten Adrenalinzusatz wurde Abstand genommen, da Erfolge nicht beobachtet wurden, dagegen ab und zu man sich des Eindrucks nicht erwehren konnte, als ob in einigen Fällen eine direkt schädliche Wirkung veranlaßt worden sei. Die permanente Adrenalin Na Cl-Infusion Holzbachs wurde nicht angewendet. In ein paar Fällen hat die intramuskuläre Anwendung von Pitualandol sowohl hinsichtlich der Blutdrucksteigerung als auch der prompten Anregung der Darmperistaltik sehr Erfreuliches geleistet.

Anschließend folgen die Berichte über die in den letzten $4^1/_2$ Jahren an der II. gynäcologischen Klinik beobachteten Fälle von eitriger Peritonitis.

A. Von den Genitalien ausgehende eitrige Peritonitiden.

I.

Katharina H., 30 Jahre alt. Aufnahme Nr. 995/08.
11. März 1908 bis 13. März 1908 gestorben.

Vorgeschichte: Die Patientin stand seit längerer Zeit in Behandlung der medizinischen Abteilung des Krankenhauses l. I. wegen Influenza. Sie wurde am 11. März wegen Peritonitisverdacht auf die II. gynaecologische Abteilung verlegt.

Status: Die Pat. bietet das Bild einer hochgradigen Prostration, die Zunge ist belegt, nur wenig feucht. Der Puls ist weich und klein, 140 in der Minute. Die Temperatur beträgt 40,2. Das Abdomen ist leicht aufgetrieben und überall sehr druckempfindlich; die Bauchdecken mäßig gespannt. Die Atmung hat rein kostalen Typus. In abhängigen Partien des Abdomens besteht Dämpfung. Außerdem wird periphere Anaemie und Cyanose beobachtet.

Die rectale Untersuchung zeigt das hintere Scheidengewölbe herabgedrängt und druckempfindlich.

Es wird eine Infusion von physiologischer Kochsalzlösung gemacht 800,0 mit Zusatz von 8 Tropfen $1^0/_{00}$ Adrenalinlösung. Daraufhin wird die Laparotomie ausgeführt. Operateur Dr. Logos.

Die Bauchdecken werden in der Medianlinie geöffnet. Bei Eröffnung des Peritonealsackes zeigt sich im ganzen Abdomen flockiger, gelber, dünnflüssiger, schleimiger Eiter. Die Darmserosa ist mäßig injiciert und überall mit frischen fibrinösen Auflagerungen bedeckt, im übrigen spiegelnd. Die Appendix vermiformis zeigt ebenfalls Auflagerungen eiteriger Natur, dagegen keine Perforation.

Die Adnexe sind beiderseits stark geschwellt und vergrößert, dunkelblau injiciert. Die rechte Tube ist an ihrem abdominalen Ende mit außerordentlich stark geschwellten Fimbrien versehen, die ihrerseits wieder sehr reichliche Eiterauflagerungen aufweisen. Die rechten Adnexe werden entfernt, die Stümpfe sorgfältig peritonealisiert. Das Exsudat wird entfernt und Drainagen im hinteren Douglas und im unteren Wundwinkel der Laparotomiewunde angelegt. Darauf wird die Bauchwunde in Etagen geschlossen.

Die Pat. wird in Beckentieflagerung gebettet. Es wird ein permanenter Tropfeinlauf von Na Cl-Lösung vorgenommen. Am Abend macht die Pat. einen im allgemeinen günstigeren Eindruck. Die Temperatur ist auf 37,2, der Puls auf 120 abgefallen.

12. März. Heute ist das Aussehen der Pat. ein verfallenes. Es besteht starke Auftreibung des Leibes. Stuhl und Winde gehen nicht ab. Häufiges Erbrechen quält die Patientin. Abends

wird eine Infusion von Na Cl-Lösung mit Zusatz von Adrenalin gemacht.

13. März. Erfolgte Exitus unter dem Bilde zunehmender Herzschwäche.

Die Sektion ergibt die pathologisch-anatomische Diagnose: Diffuse eitrige Peritonitis, deren Ausgangspunkt unbekannt ist. Uterus und linke Tube frei.

II.

Maria W., 40 Jahre. Aufnahme Nr. 3659/10.

24. August 1910 bis 25. August 1910 gestorben.

Vorgeschichte: Die Pat. gibt an, seit etwa 10 Tagen Schmerzen in der linken Hüftgegend zu fühlen. Jetzt seien Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen, Durchfall und Erbrechen hinzugekommen.

Status: Die Pat. ist von grazilem Körperbau, in schlechtem Ernährungszustand, sie macht einen nicht sehr kranken Eindruck. Das Abdomen ist ungleichmäßig aufgetrieben. In der linken Unterbauchseite ist ein bis zur Nabelhöhe aus dem kleinen Becken hervorragender, prall gespannter Tumor zu palpieren. Der Tumor zeigt bei Berührung sehr große Schmerzhaftigkeit. Er ist deutlich von dem in der rechten Bauchseite befindlichen Uterus ausgehend zu palpieren.

Die Vaginaluntersuchung ergibt, daß der Uterus nach vorne oben rechts verdrängt ist durch einen die hintere Vaginalwand kugelförmig vorwölbenden, deutliche Fluktuation zeigenden Tumor.

Es besteht sehr frequente Herztätigkeit und hohe Temperatur.

25. August. In der Nacht hatte die Pat. einen starken Schüttelfrost, Ganz plötzlich traten sehr heftige Schmerzen ein im ganzen Leib. Nach kurzer Zeit stellte sich heftiges Erbrechen und erhebliche Steigerung der Pulsfrequenz ein. Der ganze Leib war diffus gespannt und druckempfindlich. Mit Rücksicht auf den durch den Schüttelfrost als infiziert dokumentierten Inhalt des Tumors wurden sofort Vorbereitungen zur Kolpotomie getroffen. Bei der nochmaligen vaginalen Untersuchung erweist sich jedoch der gestern gefühlte Tumor verschwunden, der Uterus tiefergetreten. Da nur eine Ruptur des Tumors angenommen werden konnte, wurde sofort die Laparotomie ausgeführt. Operateur Dr. Albrecht.

Durch den infraumbilicalen Längsschnitt wurden die Bauchdecken getrennt. Bei Eröffnung des Peritoneums entleert sich aus allen Gegenden der Bauchhöhle dünnflüssiger, gelber Eiter (ca. 5 Liter).

Zuerst wurde nun die an ihrer Oberfläche eitrig belegte, stark verwachsene Appendix in typischer Weise entfernt. Dann

wurde die wegen der allseitigen schwieligen Verwachsungen sehr schwierige Auslösung der rupturierten, linksseitigen, vereiterten, mit diphtherischen Membranen versehenen Ovarialcyste ausgeführt. Der durch Myome kindskopfgroße Uterus wurde total exstirpiert. Nachdem die Bauchhöhle mit 20 Liter steriler physiologischer Na Cl-Lösung ausgespült war, wurde bereits vaginal drainiert. Die Bauchdecken wurden mit Amann'scher Schleifennaht geschlossen.

Drei Stunden später Collaps und Exitus. Chirurgische Diagnose: Periton. purul. diffus, ausgehend von einer Ruptur einer vereiterten Ovarialcyste.

III.

Therese Sch., 22 Jahre. Aufnahme Nr. 291/10.

19. Januar 1910 bis 29. Januar 1910. Gestorben.

Vorgeschichte: Im Anschluß an eine im Anfang Januar 1910 aufgetretene Obstipation empfand die Pat., wie sie bei ihrer Aufnahme in die II. gynaekologische Klinik angibt, heftige Schmerzen im Leibe, besonders aber in der rechten Unterbauchgegend. Ausfluß habe seit längerer Zeit in mäßigem Grade bestanden.

Status: Abgemagerte Patientin. Temperatur und Pulsfrequenz normal.

Das Abdomen zeigt sich nicht aufgetrieben und ist nur in den unteren Partien leicht druckempfindlich.

Die vaginale Untersuchung ergibt rechts und links vom Uterus eine harte, walnußgroße, sehr wenig bewegliche, stark druckempfindliche Resistenz, die sich vom Uterus aus nach beiden Seiten und nach hinten ausbreitet.

21. Januar 1910. Die Pat. klagt über heftige Schmerzen im ganzen Leibe. Temperaturmessung ergibt 38,2 Fieber.

23. Januar 1910. Die Schmerzen im Leibe haben zugenommen, es besteht Bauchdeckenspannung und Stuhlverhaltung. Die Abendtemperatur beträgt 40,4. Der Puls ist sehr weich, 120. Eine Spritze Coffëin.

Erscheinungen einer diffusen Peritonitis sind nicht ausgesprochen.

24. Januar 1910. Der Zustand der Pat. ist im wesentlichen unverändert. Die Bauchdeckenspannung hat etwas zugenommen. Digalen wird intravenös injiziert. Gegen die Schmerzen wird eine Eisblase am Bügel angewandt. Gegen Abend verschlechtert sich das Aussehen der Pat.

25. Januar 1910. Die Pat. macht den Eindruck einer an Peritonitis diffusa Erkrankten. Es besteht Facies abdominalis. Deshalb wird die Laparotomie ausgeführt. Operateur Dr. Emrich.

Durch den infraumbilicalen Längsschnitt wird das Abdomen eröffnet. Bei Eröffnung des Peritoneums zeigt es sich sofort, daß es sich um eine schwere, ausgedehnte, eitrige Peritonitis handelt. Als Ausgangspunkt für die Entzündung werden große doppelseitige Pyosalpingen gefunden. Außerdem bestand eine von den Tuben ausgehende, retrocoecal und an der Rückfläche des Mesenteriums sich erstreckende Eiterung chronischer Natur. Nach Entfernung der Pyosalpingen und Ablassung des Eiters wurde die Bauchhöhle mit physiologischer Na Cl-Lösung sorgfältig ausgespült. Hieran schloß sich die Herstellung einer Gegenöffnung, Drainage und Bauchverschluß an. Zur Anregung der Peristaltik wurde subkutan 0,001 Physostigmin injiziert.

Permanenter Na Cl-Einlauf tropfenweise.

26. Januar 1910. Pat. macht einen verfallenen Eindruck. Die Temperatur schwankte während des Tages zwischen 38,3 und 38,4, der Puls beträgt 110, ist klein und weich. Unter zunehmenden Erscheinungen der Herzmuskelinsuffizienz tritt trotz reichlicher Gaben von Analepticis der Exitus am 29. Januar 1910 ein.

Sektion wurde verweigert.

IV.

Creszenz B., 45 Jahre. Aufnahme Nr. 1140/10.
10. März 1911 bis 14. März 1911. Gestorben.

Vorgeschichte: Nach Angabe der Patientin traten Anfang Februar plötzlich Schmerzen in der rechten Seite des Leibes auf. Erbrochen hat Pat. nicht. Seit längerer Zeit will Pat. bemerkt haben, daß ihr Leib sehr fest geworden sei und an Umfang zugenommen habe. Durch Bettruhe wurden die Schmerzen besser, bis am 9. März mittags ein Schüttelfrost von $^1/_4$ Stunde eintrat. Daraufhin traten sehr heftige Schmerzen im Abdomen auf. Erbrechen bestand keines.

Status: Es handelt sich um eine blasse, im Ernährungszustand stark reduzierte Frau. Es besteht außerdem Cyanose der peripheren Teile.

Das Abdomen ist asymmetrisch vorgewölbt, der ganze Leib straff gespannt. Ueberall im ganzen Abdomen besteht hohe Druckempfindlichkeit. Die Bauchdeckenspannung ist am ausgeprägtesten auf der linken Unterbauchseite. Die Perkussion ergibt im Epigastrium, ferner im rechten Meso- und Hypogastrium tympanitischen Schall, ebenso in den abhängigen Partien; dagegen besteht absolute Dämpfung zwei Querfinger oberhalb des Ligamentum Pouparti, aufsteigend bis zum Nabel und die ganze linke Seite einnehmend. Die Vaginaluntersuchung ergibt, daß der Uterus normal ist, hinten rechts von ihm aber der untere Pol eines cystischen Tumors fühlbar ist. Temperatur-

steigerung besteht nicht. Die sofort vorgenommene vaginale Punktion des rechtsseitigen Tumors ergibt schleimig seröse Flüssigkeit, die von oben durch die Bauchdecken vorgenommene Punktion ergibt dasselbe Resultat.

Stieltorsion eines Ovarialtumors als Ursache der peritonealen Reizerscheinungen kann nicht angenommen werden. Deshalb wurde an eine Appendicitis gedacht und sofort die Laparotomie vorgenommen. Operateur Dr. Albrecht.

Infraumbilicaler Längsschnitt eröffnete das Peritoneum. Es entleert sich eine große Menge freien Eiters aus allen Teilen der Bauchhöhle. Links fand sich ein interligamentär gelegener, über mannskopfgroßer Ovarialtumor. Derselbe wurde ausgeschält und entfernt. In der linken Seite des Douglas zeigten sich fibrinös-eitrige Beläge und ein kleiner abgesackter Absceß. Rechts besteht ein Tuboovarialabsceß. Der Uterus und die rechten Adnexe werden entfernt. Es wird eine Drainage nach der Vagina angelegt und nach Einguß von 100 ccm 1% Kampferlösung steril in die Bauchhöhle, das Abdomen mit Amann'scher Bauchnaht geschlossen.

11. März. Gegen die zunehmende Herzschwäche wird Digalen intravenös und Kampfer subkutan injiziert. Gegen das lästige, jetzt auftretende Erbrechen wird mit Magenspülung guter Erfolg erzielt.

12. März. Heute ist das Allgemeinbefinden relativ gut, doch besteht noch erhebliches Erbrechen; dieses wird durch Magenspülungen erfolgreich bekämpft. Die Pat. wird in Beckentieflagerung gebettet. Ferner werden dauernde Na Cl-Einläufe und Physostigmininjektionen gemacht. Temperatur 38,5. Puls 115.

13. März. Es besteht weiterhin Erbrechen fäkulenter Massen. Hiergegen werden Magenspülungen angewandt. Pulsfrequenz über 120, Temperatur 38,8. Injektion von Physostigmin, Kampfer, Coffëin und Na Cl-Lösung, intravenöse Applikation von Digalen.

14. März. Unter den Zeichen immer zunehmender Herzinsuffizienz tritt trotz reichlicher Gaben von Analepticis der Exitus ein.

V.

Katharina Sch., 24 Jahre. Aufnahme Nr. 1957/11.

1. Mai 1911 bis 9. Mai 1911. Geheilt.

Vorgeschichte: Nach ihren Angaben erkrankte die Pat. am 6. April mit Schmerzen in der rechten Leibseite. Erbrechen trat keines auf; der Stuhlgang war unregelmäßig, häufig verzögert. Am 1. Mai wurden die Schmerzen so heftig, daß die Pat. die II. gynaekologische Klinik aufsuchte. Sie hatte jetzt Schmerzen im ganzen Leib, besonders aber auf der rechten Seite.

Status: Die Pat. befindet sich in gutem Ernährungszustande; sie zeigt große Unruhe. Das Abdomen ist leicht aufgetrieben; eine reflektorische Bauchdeckenspannung ist nicht ausgesprochen vorhanden. Die hypogastrischen Partien rechts und links zeigen ziemlich starke Druckempfindlichkeit. In den abhängigen Teilen ergibt die Perkussion Dämpfung. Die Vaginaluntersuchung zeigt den Uterus retroponiert und anteflektiert und druckempfindlich. Rechts und hinter demselben läßt sich ein kleinapfelgroßer, nicht verschieblicher Tumor palpieren.

Die Temperaturmessung ergab 39,2, die Pulsfrequenz ist 125 in der Minute.

Am 2. Mai wurde die Laparotomie mit pararektaler Schnittführung ausgeführt. Operateur Dr. Emrich. Die Bauchhöhle enthält allenthalben serös-eitriges Exsudat. Die Darmschlingen zeigen vielfach fibrinöse Auflagerungen, die besonders reichlich in der Nähe des kleinen Beckens vorhanden sind. Die Appendix zeigt keine pathologischen Veränderungen. Beide Tuben sind erheblich verdickt, rechts besteht eine Ovarialgeschwulst, die an der Basis Absceßbildung erkennen läßt. Das rechte Ovar wird exstirpiert. Es wird sodann die staffelförmige Tamponade des kleinen Beckens ausgeführt und die Bauchwunde bis auf die Drainageöffnung geschlossen.

Post operationem geht die Temperatur schnell auf 37 zurück, der Puls schwankt zwischen 70 und 90.

5. Mai. Der Tampon wird entfernt und durch einen Gummidrain ersetzt. Es ist starke eitrige Sekretion vorhanden. Das Allgemeinbefinden ist ungestört. Temperatur und Pulskurve bleiben dauernd in normalen Grenzen.

17. Mai. Peritonitische Erscheinungen sind keine mehr aufgetreten. Da nur noch sehr wenig Sekretion vorhanden ist, wird die Drainage entfernt.

21. Mai. Die Wunde ist in guter Heilung begriffen. Von peritonitischen Erscheinungen war nichts mehr zu beobachten.

9. VII. Die Heilung hat einen glatten Verlauf genommen. Die Bauchwunde ist gut geschlossen und vernarbt. Die Pat. ist völlig beschwerdefrei und wird, mit einer gut passenden Leibbinde versehen, einer Reconvalescentenanstalt überwiesen.

VI.

Cäcilie S., 31 Jahre. Aufnahme Nr. 2338/11.

25. Mai 1911 bis 26. Mai 1911. Gestorben.

Vorgeschichte: Die Patientin leidet, wie sie angibt, seit zwei Tagen an Leibschmerzen, die vom kleinen Becken ausgingen. Auf der linken Seite bestehen dieselben in stärkerem Grade wie rechts. Mehrfach trat Erbrechen auf, während der Stuhlgang normal war.

Status: Das Aussehen der Patientin ist ein verfallenes, die Hautfarbe blaß, die Zunge stark belegt und trocken. Das Abdomen ist nicht aufgetrieben, die Bauchdecken nur mäßig gespannt. Der Leib ist überall, besonders aber in den hypogastrischen Partien druckempfindlich. Der Mac Burney'sche Punkt zeigt keine ausgesprochene Druckempfindlichkeit. Links oberhalb des Ligamentum Pouparti bis zum Nabel besteht Dämpfung.

Die Temperatur beträgt 39,5, der Puls 110.

26. Mai. Operateur Prof. Amann. Die Laparotomie wird ausgeführt und zwar mittels des infraumbilicalen Längsschnittes. In der ganzen Bauchhöhle findet sich trübseröses Exsudat. Die Serosa ist entzündlich gerötet; nach dem kleinen Becken zu spricht sich diese Entzündung am deutlichsten aus. Die Appendix vermiformis und der Magen zeigen keinerlei pathologischen Befund. Dagegen sind die beiderseitigen Adnexe stark entzündet und teilweise verdickt. Nach Exstirpation der rechten Adnexe wird das Exsudat durch Eingießen von physiologischer Na Cl-Lösung entfernt und in die Bauchhöhle 100 ccm 1% Kampferlösung eingebracht. Hierauf werden die Bauchdecken geschlossen. Die Patientin erholt sich nur unvollkommen vom Operationsshock.

Am Nachmittag ist das Allgemeinbefinden noch schlechter geworden. Facies abdominalis tritt auf. Die Druckempfindlichkeit des Leibes ist gleich geblieben und in der Hauptsache links zu konstatieren. Mehrfach muß die Pat. erbrechen. Die Temp. ist auf 40,2 gestiegen, der Puls beträgt jetzt 130. Trotz reichlicher Darreichung von Herzmitteln und einer Na Cl-Infusion tritt abends der Exitus letalis ein.

Die Sektion ergab als pathologisch-anatomische Diagnose: Diffuse aufsteigende eitrige Peritonitis ausgehend von den Adnexen. Rechte Adnexe entfernt, die linken Adnexe zeigen starke entzündliche Veränderungen.

VII.

Josepha F., 18 Jahre. Aufnahme Nr. 2530/12.
3. Juni 1912 bis 1. Juli 1912. Geheilt.

Vorgeschichte: Patientin erkrankte am 2. Juni mit heftigen Schmerzen in der unteren Bauchgegend, besonders links. Erbrechen, Abweichen. Da die Schmerzen während der Nacht äußerst heftig wurden, Pat. alles erbrechen mußte, wurde sie mit der Diagnose Perforationsappendicitis in die II. gynaekologische Klinik eingeliefert.

Status: Gutgenährte Patientin, keine Facies abdominalis. Zunge stark belegt, aber feucht. Die Hände warm, nicht cyanotisch. Puls 96, Temperatur 39. Die Betastung des Abdomens ergibt dasselbe im Epigastrium vollkommen weich, nicht auf-

getrieben, desgleichen im Mesogastrium, im Hypogastrium beiderseits außerordentlich starke Druckempfindlichkeit und beiderseits leichte défense musculaire. Die Perkussion ergibt in abhängigen Partien Darmschall, keine nachweisbare freie Flüssigkeit. Die Inspektion der Vulva zeigt starkes und ziemlich frisches intertriginöses Ekzem. Die Schleimhaut des Vestibulums mit den Zeichen einer akuten gonorrhoischen Infektion, aus der Urethra Eiter ausdrückbar, in welchem reichlich Gonokokken.

Die gynaekologische Untersuchung ergibt den Uterus retrovertiert, leicht vergrößert, für jede Berührung äußerst empfindlich, neben und hinter dem Uterus keinen Tumor und keine abgrenzbare Resistenz. Temperatur 37,9, Puls 96. Mit Rücksicht auf die Anamnese der im Anschluß an die Menstruation aufgetretenen Pelveoperitonitis, die vorhandenen Erscheinungen einer akuten Gonorrhoe wurde die Diagnose auf gonorrhoische Pelveoperitonitis gestellt. Die Therapie bestand in Fowler'scher Beckentieflage. Bügel mit zwei Eisblasen aufs Hypogastrium. Entleerung des Darmes durch Klysma und flüssige Diät. Während der folgenden vier Stunden sistierte das Erbrechen und Patientin äußerte weniger Schmerzen. Im Laufe des Nachmittags wurde das Erbrechen wieder häufiger. Die Schmerzen nahmen im Verlaufe von ein paar Stunden heftig an Intensität zu. Außerdem trat eine auffallende motorische Unruhe ein. Nachmittags um 4 Uhr betrug die Temperatur 38,8, der Puls 130. Die Hände zeigten livide Färbung der Fingerspitzen. Der Blick war ängstlich. Eine Facies abdominalis bestand nicht. Dagegen war die Zunge im Gegensatz zu vormittags vollkommen trocken. Dabei bestand ständiges Erbrechen kleiner Mengen galliger Flüssigkeit. Der Leib war stärker aufgetrieben als vormittags. Die Bauchdeckenatmung völlig aufgehoben, die leiseste Berührung des ganzen Abdomens äußerst schmerzhaft und daneben bestand eine sich über den ganzen Unterleib erstreckende, brettharte, reflektorische Spannung. Eine Lokalisation der Schmerzen war nicht mehr möglich, beiderseits in den abhängigen Partien bestand vier Finger breite Dämpfung, ebenso im rechten Hypogastrium.

Die Beobachtung ergab nunmehr unzweifelhaft die Diagnose diffuse Peritonitis, die nun doch auf Appendixperforation zurückgeführt wurde. Die Laparotomie wurde mittels infraumbilikalen Längsschnitts ausgeführt. Operateur Dr. Albrecht. Das parietale Peritoneum war hochrot und hyperämisch. Nach Eröffnung ergießt sich reichlich rahmiggelber, grauer Eiter aus der Bauchhöhle. Die vorliegenden Dünndarmschlingen sind hochrot injiziert mit feinen Fibrinbelägen, ebenso das parietale Peritoneum seitlich und vorne. Das Netz ist ebenfalls hochgradig hyperämisch. Von allen Seiten entleert sich auf Druck dieselbe eitrige Flüssigkeit. Die sofortige Aufsuchung der Appendix ergibt die-

selbe vollkommen frei von entzündlichen Erscheinungen. Die Inspektion der Beckenorgane ergibt die ganze Beckenserosa in hochgradigster Entzündung mit leichten fibrinösen Niederschlägen, beide Tuben vollkommen frei beweglich. In ihrem ganzen Verlaufe stark geschwellt. Das abdominale Ende ist beiderseits offen, aus demselben tritt Eiter hervor, Der Uterus in Retroversionslage, dem Promontorium aufliegend und das kleine Becken abdachend. Die Douglas-Serosa ergibt sich nach Lüftung des Uterus blaß, im Douglas kein Eiter. Da die inzwischen vorgenommene mikroskopische Untersuchung des Eiters eine Reinkultur von Gonokokken ergab, wurde der erreichbare Eiter ausgetupft, bzw. abgesaugt und die Bauchhöhle in Etagen geschlossen.

Nach der Operation Physostigmin 0,002 subkutan.

Am nächsten Morgen war das Bild ein völlig verändertes. Patientin fühlte sich wohl. Die Temperatur betrug 36, der Puls war auf 110 zurückgegangen und auch im weiteren Verlaufe war die Heilung völlig ungestört. Besonders auffallend war die, abgesehen von dem lokalen Wundschmerze, fast völlige Schmerzlosigkeit der Patientin bereits am 2. Tage nach der Operation.

Am 1. Juli wurde die Patientin beschwerdefrei entlassen; die Wunde reaktionslos geheilt.

Der in der Bauchhöhle gefundene Eiter ergab im Ausstrichpräparat intrazelluläre Gram-negative Diplokokken vom charakteristischen Aussehen der Gonokokken. Das Züchtungsverfahren gab Reinkulturen von Gonokokken.

VIII.

Maria R., 42 Jahre. Aufnahme Nr. 2727.

13. Juni 1912 bis 14. Juli 1912. Gestorben.

Vorgeschichte: Die Angaben der Patientin sind unzuverlässig, da dieselbe stark benommen ist. Von der gynaekologischen Poliklinik wird mitgeteilt, daß bei der Pat. vor 5 Tagen ein verjauchtes Myom vaginal abgetragen worden sei. Die Pat. habe dann einen Zustand von Benommenheit gezeigt, der als Uraemie aufgefaßt wurde, da im Urin Albumen und Cylinder gefunden wurden.

Status: Die Pat. ist erheblich benommen. Die Pupillen sind maximal verengt. Die Atmung ist beschleunigt und oberflächlich. Der Puls ist ebenfalls beschleunigt und weich. Temperatur 38,2.

Das Abdomen ist vorgewölbt; es besteht keine reflektorische Bauchdeckenspannung. In der rechten Unterbauchgegend ist eine Resistenz zu fühlen. Dämpfung besteht in den abhängi-

gen Partien rechts und links. Die Punktion der rechten Unterbauchgegend ergibt stinkenden Eiter.

Im Urin wird Albumen gefunden.

Am 13. Juni mittags wird eine tiefe Seitenlaparotomie rechts ausgeführt. Operateur Dr. Laubmann. Die epigastrischen Gefäße werden unterbunden. Bei Eröffnung des Peritoneums entleert sich eine große Menge teils freien, teils zwischen den Darmschlingen liegenden, stinkenden Eiters. Es wird eine Gegenöffnung an korrespondierender Stelle links angelegt. Eine durchgehende und drei Drainagen nach der Tiefe werden angelegt.

Nach der Operation wird Digalen intravenös und Kampfer subkutan gespritzt.

14. Juni. Unter den Zeichen zunehmender Herzschwäche tritt der Exitus ein.

Die Sektion ergibt: Diffuse ca. 5 Tage alte eitrige Peritonitis mit ausgedehnter subphrenischer Eiteransammlung. Innenfläche des Uterus und Uteruswand makroskopisch wenig verändert.

IX.

Anna Sch., 24 Jahre. Aufnahme Nr. 3430/12.

23. Juli 1912 bis 14. September 1912. Geheilt.

Vorgeschichte: Gestern Abend bekam die Patientin, wie sie angibt, plötzlich Schmerzen im Unterleib, besonders auf der linken Seite. Heute Morgen stellte sich Erbrechen ein und die Schmerzen wurden stärker. Stuhlgang hat sie seit zwei Tagen keinen mehr. Seit langer Zeit besteht etwas Ausfluß aus der Scheide.

Status: Die Patientin befindet sich in gutem Ernährungszustand, die Zunge ist feucht. Temperatur 37,2, Puls 85. Das ganze Abdomen ist aufgetrieben und äußerst druckempfindlich. Die Lebergrenze ist nach oben gedrängt. Es wird sofort die Laparotomie ausgeführt und zwar mittelst des infraumbilicalen Längsschnittes. Operateur Dr. Emrich. Das Abdomen ist im allgemeinen frei von Eiter und enthält nur wenig Exsudat. Die Serosa zeigt leichte peritonitische Erscheinungen. Im kleinen Becken befindet sich wenig serös-eitrige Flüssigkeit. Hauptsächlich wird dieselbe in der Umgebung der Tubenostien gefunden. Das Sekret wird sorgfältig ausgetupft und die Bauchdecken in Etagennähten verschlossen.

Am 26. Juli zeigt sich beim Verbandwechsel eine Nekrose des Fettgewebes am unteren Wundwinkel. Das Abdomen ist weich, die Darmtätigkeit befriedigend, Temperatur und Pulsfrequenz normal.

29. Juli. Die Fettnekrose ist umfangreicher geworden. Die Wunde zeigt ziemlich starke Sekretion; deshalb wird täglicher

Verbandwechsel ausgeführt. Der Allgemeinzustand der Pat. ist ein guter. Temperatur 37,5.

15. August. Das Befinden ist dauernd befriedigend. Die Wundsekretion besteht nur noch in geringem Maße. Die Wundränder klaffen etwas. Weiterhin werden sie mit Ung. hydrarg. flav. behandelt.

31. August. Die Wunde ist bis auf eine kleine Lücke verheilt. Diese wird mit Arg. nitr. geätzt. Das subjektive Befinden der Pat. ist sehr gut.

14. September. Die Pat. ist seit längerer Zeit vollständig beschwerdefrei, wird entlassen. Die Wunde ist gut vernarbt. Der Leib ist zwar noch etwas dick, aber nicht druckempfindlich.

X.

Marie F., 28. Jahre. Aufnahme Nr. 123/13.

8. Januar 1913 bis 1. Februar 1913. Geheilt.

Vorgeschichte: Die Pat. gibt an, am 6. Januar plötzlich starke Leibschmerzen und Erbrechen bekommen zu haben, auch habe sie erhebliches Frostgefühl empfunden.

Status: Bei der Patientin besteht Cyanose der peripheren Teile. Der Blick ist unruhig. Die Temperatur beträgt 36,0, der Puls 85.

Das Abdomen ist kugelig vorgewölbt und überall sehr druckempfindlich. Eine reflektorische Bauchdeckenspannung läßt sich nicht nachweisen. Ueber den abhängigen Partieen des Abdomens besteht Dämpfung.

Die Laparotomie wird sofort vorgenommen. Operateur Dr. Albrecht. Der infraumbilicale Längsschnitt eröffnet die Bauchhöhle, aus der diffus serofibrinöses Exsudat abfließt. Die parietale Serosa ist cyanotisch und trocken. Die Darmserosa ist stark injiziert und zeigt fibrinöse Auflagerungen. Im kleinen Becken findet sich reichlich mehr eitrige Flüssigkeit. Der Serosaüberzug des Uterus und des Douglas sieht aus wie gekocht. Die Tuben sind beiderseits etwas geschwellt, die Ampullen hochrot injiziert, der Wurmfortsatz liegt nach hinten oben geschlagen und zeigt keine pathologischen Veränderungen. Auch er wird entfernt. Der Eiter wird sorgfältig aus der Bauchhöhle ausgetupft und die Bauchdecken geschlossen. Physostigmin und Digalen werden injiziert.

9. Januar. Das Allgemeinbefinden hat sich erheblich gebessert, der Leib ist weniger druckempfindlich geworden, der Puls ist langsam und kräftig.

10. Januar. Auf Physostigmininjektion und Terpentineinlauf tritt Stuhlgang ein. Erbrechen wird keines beobachtet. Der Puls ist gut, die Zunge noch belegt. Das Allgemeinbefinden ist gut.

11. Januar. Der Puls ist kräftig und regelmäßig 80, die Temperatur schwankt zwischen 36,0 und 37,0. Stuhl und Flatus gehen leicht ab. Der Leib ist kaum noch druckempfindlich.

14. Januar. Der Tampon aus dem unteren Wundwinkel wird entfernt. Der Leib ist nirgendswo mehr druckempfindlich. Das Allgemeinbefinden ist gut.

18. Januar. Die Hautklammern werden entfernt.

22. Januar. Das Befinden der Pat. ist so gut, daß sie aufsteht.

27. Januar. Es zeigt sich am unteren Wundwinkel eine geringe Fadeneiterung, die sich auf Entfernung der Naht bessert.

1. Februar. Da Wunde gut verheilt und das Allgemeinbefinden der Pat. ungestört ist, wird dieselbe entlassen. Adnexe frei. —

XI.

23. Juli 1913 bis 22. August 1913. Geheilt.

Rosa L., 21 Jahre alt. Aufnahme Nr. 3415/13.

Vorgeschichte: Patientin erkrankte am 22. Juli mit starken krampfartigen Schmerzen im ganzen Unterleib, besonders auf der rechten Seite. Die Schmerzen bestehen auch in Ruhelage, treten jedoch erheblich kräftiger beim Aufstehen auf. Auch werden sie beim Atmen stärker. Dauernd bestand Brechreiz, einmal trat Erbrechen auf. Stuhlgang ist angehalten.

Status: Es handelt sich um eine gracil gebaute Patientin in mäßigem Ernährungszustand. Temperatur 38,3, Puls 120. Die Betastung des Abdomens ergibt diffuse Schmerzhaftigkeit, die oberhalb der rechten Inguinalgegend besonders ausgeprägt ist. Die Bauchdecken sind leicht gespannt. Der Leib weich.

Die sofort vorgenommene Laparotomie mittels pararectalen Längsschnitts (Operateur Dr. Zanders) zeigt die Darmserosa überall injiziert, die Appendix frei. Letztere wird entfernt. Die beiden Tuben sind etwas geschwellt, gerötet und teilweise eitrig belegt. Das linke Ovarium ist ungefähr walnußgroß, ebenfalls eitrig belegt. Im Eiter wurden nur Gonokokken gefunden. Abtupfen der eitrigen Gewebe. Daraufhin Peritonealnaht. Etagennähte. Hautklammern.

Nach der Operation Einspritzung von Physostigmin 0,002.

28. Juli. Der Leib ist weich, nirgends Druckempfindlichkeit. Das Befinden der Patientin ist zufriedenstellend. Temperatur und Puls normal.

29. Juli. Die Hautklammern werden entfernt, die Wunde zeigt sich reaktionslos geheilt.

4. August. Das Allgemeinbefinden ist dauernd gut. Der Leib ist vollständig weich, nirgends druckempfindlich.

19. August. Das subjektive Befinden der Patientin ist gut. Die Operationswunde ist gut verheilt und vernarbt. Es besteht nirgendwo mehr Druckempfindlichkeit.

22. August. Die Patientin wurde vollkommen beschwerdefrei mit gut passender Leibbinde entlassen. Die Vaginaluntersuchung zeigt den Uterus klein und anteflektiert. Die Adnexe sind frei.

XII.

Katharina E., 40 Jahre alt. Aufnahme Nr. 4549/13.

3. Oktober 1913 bis 15. Oktober 1913. Geheilt.

Vorgeschichte: Nach Angabe der Patientin bestehen seit 24. September heftige Schmerzen in der linken Bauchgegend mit Ausstrahlung in den Rücken. Seit heute früh sind die Schmerzen in der linken Bauchseite sehr viel heftiger geworden und Erbrechen ist aufgetreten. Es besteht seit längerer Zeit ein Ausfluß aus der Scheide.

Status: Die Patientin zeigt blasses Aussehen, sie befindet sich in ziemlich gutem Ernährungszustand. Sie macht einen schweren Krankheitseindruck. Das Abdomen ist stark aufgetrieben und sehr druckempfindlich, besonders vom Mesogastrium abwärts, vor allem links. In den abhängigen Partien besteht handbreite Dämpfung. Die vaginale Untersuchung zeigt links einen faustgroßen, rechts einen kleinapfelgroßen Tumor. Temperatur 38,3, Puls 88. Die Laparotomie wird sofort ausgeführt und zwar mittels des infraumbilicalen Fascienquerschnitts. Operateur Dr. Albrecht. Nach Eröffnung der Bauchhöhle entleert sich von allen Seiten reichlich Eiter. Auf der linken Seite befindet sich ein faustgroßer, mit dem Netz verwachsener Tumor, der einer alten, schwieligen Pyosalpinx entspricht. Schwierige Auslösung der Pyosalpinx und Entfernung derselben. Die rechten Adnexe sind ebenfalls stark verwachsen. Auch hier besteht Pyosalpinx in Retortenform. Nach Entfernung der rechten Tube und Zurücklassung der rechten Ovariums, wird der Stumpf peritonealisiert. Die Appendix ist lang nach dem Coecum zurückgeschoben, wird entfernt. Austupfen der Bauchhöhle und Schluß der Bauchdecken. Drainage. Nach der Operation wird Physostigmin gespritzt. Temperatur und Puls halten sich nach der Operation in normalen Grenzen.

4. Oktober. Der Bauch ist noch stark aufgetrieben und druckempfindlich, die Bauchdecken noch gespannt. Stuhlgang erfolgt auf Einlauf. Auch Flatus gehen ab. Es besteht geringes Aufstoßen. Die Therapie besteht in Darreichung von Coffëin und gegen die Schmerzen Morphium.

5. Oktober. Heute ist der Bauch etwas weicher, aber noch druckempfindlich. Erbrechen besteht keines mehr. Flatus gehen gut ab, Stuhl erfolgt spontan.

6. Oktober. Heute sind die Bauchdecken nur noch wenig gespannt.

7. Oktober. Der Tampon ist mit eitrig seröser Flüssigkeit durchtränkt. Er wird entfernt. Die Bauchdecken sind fast gar nicht mehr gespannt, es besteht nur noch geringe Druckempfindlichkeit.

8. Oktober. Die Druckempfindlichkeit ist vollkommen geschwunden, es bestehen leichte Kopfschmerzen.

15. Oktober. Das Allgemeinbefinden ist sehr gut, der Leib weich, nirgends druckempfindlich. Die Wunde fast gänzlich geschlossen.

XIII.

Barbara St., 28 Jahre alt. Aufnahme Nr. 4684/13.
11. Oktober 1913 bis 13. Oktober 1913. Gestorben.

Vorgeschichte: Patientin gibt an, vor drei Wochen eine Geburt durchgemacht zu haben und sich seit dieser Zeit krank zu fühlen. In den letzten Tagen wurden die Beschwerden und Schmerzen im Leib stärker, sodaß sie die erste medizinische Klinik aufsuchte. Von dieser wurde sie heute auf die II. gynaekologische Klinik verlegt. Es besteht Erbrechen, Temperatur 40.

Status: Es handelt sich um eine kräftig gebaute Patientin, von blassem Aussehen und typischer Facies abdominalis. Das Abdomen ist stark aufgetrieben und bewegt sich bei der Atmung nicht mit. Es ist überall sehr druckempfindlich. In den oberen Partien besteht tympanitischer Schall, unten Dämpfung und deutliche Fluktuation. Es wird sofort die Laparotomie mittels des infrumbilikalen Längsschnittes ausgeführt. Operateur Dr. Zanders. Nach Eröffnung des Peritoneums entleert sich eine reichliche Menge (ca. 8 Liter) serös-eitriger Flüssigkeit aus allen Partien der Bauchhöhle. Die unteren Darmschlingen sind fibrinös belegt. Das Sigmoideum ist innig mit den linken Adnexen verwachsen und kann nur mit der Schere gelöst werden. Die linken Adnexe werden abgetragen, wobei ein Teil des Uterus excidiert wird. Naht der Uteruswunde und Peritonealisierung der Stümpfe. Nach ausgiebiger Na Cl-Spülung erfolgt die Naht des Peritoneums und der Bauchdecken in Etagen.

12. Oktober. Abnahme der Herzfunktion. Schlechtes Allgemeinbefinden.

13. Oktober. Patientin kommt unter dem Zeichen zunehmender Herzschwäche ad Exitum. Sektion verweigert.

XIV.

Philomena W., 38 Jahre. Aufnahme Nr. 5610/11.
26. Dezember 1911 bis 13. Januar 1912. Geheilt.

Vorgeschichte: Patientin gibt an, daß die Periode 3 Monate ausgeblieben sei. Schmerzen bestehen augenblicklich auf der rechten Seite des Unterleibes. Außerdem besteht Erbrechen und leichte Blutung. In letzter Zeit haben die Schmerzen besonders

auf der rechten Seite zugenommen. Ebenso das Erbrechen, Auftreibung des Leibes.

Status: Kräftige Patientin von schwer krankem Aussehen. Kein Fieber, Puls 140—50. Das Abdomen ist stark aufgetrieben. Die leichteste Berührung vom Nabel an abwärts, wird sehr schmerzhaft empfunden. Es besteht reflektorische Bauchdeckenspannung. Die Vaginaluntersuchung ergibt eine mäßige Blutung von üblem Geruch. Die Portio ist tiefstehend. Der äußere Muttermund für die Fingerkuppe durchgängig. Das hintere Vaginalgewölbe ist durch einen faustgroßen Tumor vorgewölbt. Es besteht eine außerordentliche Schmerzhaftigkeit, deshalb ist eine genaue Palpation unmöglich. Die Punktion von der Vagina aus ergibt trüb-seröse Flüssigkeit. Die sofort vorgenommene Laparotomie mittels des suprasymphysären Fascienquerschnitts (Operateur Dr. Albrecht) zeigt sämtliche Darmschlingen mit eitrigen Belägen. Im Hypogastrium befindet sich stinkender Eiter. Die rechte Tube ist fingerdick geschwellt und stark gerötet. Der Uterus mit frischen eitrigen Auflagerungen kindskopfgroß, gravid. An der Rückseite des Uterus oberhalb der Cervix eine halbbleistiftgroße Perforationsöffnung mit schmierig belegter Umgebung. Der Eiter wird sorgfältig entfernt, die Bauchhöhle mit Na Cl-Lösung gespült. Darauf werden die rechten Adnexe exstirpiert, die Perforationsöffnung doppelt übernäht. Breite Drainage durch den Douglas. Sodann wird die Sectio vaginalis zur Entleerung des Uterus ausgeführt. Am nächsten Tage ist Puls und Temperatur normal. Der Leib ist stark aufgetrieben, es besteht heftiges Erbrechen. Eine Magenspülung entleert reichlich gallige Massen. Auf Einspritzung von Physostigmin tritt erhebliche Besserung der Peristaltik ein. Der Bauch wird weicher. Es wird ein permanenter Rectaleinlauf von einem Liter Na Cl-Lösung gemacht.

28. Dezember. Die Temperatur ist normal. Auf Glyzerineinlauf entleert sich reichlich Stuhl.

29. Dezember. Die Hautklammern werden entfernt, Leib zeigt sich weich.

31. Dezember. Temperatur 38,7. Die Umgebung der Laparotomiewunde entleert auf Druck aus beiden Wundwinkeln dicken Eiter. Die Wundwinkel werden mit Jodoformgaze drainiert. Aus der Vaginalwunde ergießt sich reichlich Eiter.

5. Januar. Die Wundwinkel der Laparotomiewunde entleeren auf Druck nur wenig serös-eitriges Sekret. Aus der Vaginalwunde fließt reichlich eitriges Sekret ab. Das Allgemeinbefinden ist befriedigend, die Temperatur normal.

13. Januar. Bei gutem Allgemeinbefinden und vollkommener Beschwerdefreiheit wird die Patientin entlassen.

XV.

Christina R., 21 Jahre, Aufnahme Nr. 5450/11.

14. Dezember 1911 bis 25. Januar 1912. Geheilt.

Vorgeschichte: Patientin macht folgende Angaben: Die letzte Menstruation fand Anfang Oktober statt. Am 11. Dezember traten in der Früh plötzlich Unterleibsschmerzen und Blutung auf. Am 14. Dez. hat die Blutung aufgehört, die Schmerzen dauern an. Am 13. Dez. trat ein Schüttelfrost und Hitzegefühl im ganzen Körper auf.

Status: Patientin macht einen schwer kranken Eindruck. Puls 120, Temperatur 38. Das Abdomen ist stark vorgewölbt, in den oberen Partien weich, in den unteren besteht reflektorische Muskelspannung. In den abhängigen Partien ist freie Flüssigkeit nachweisbar.

Es wurde sofort die Laparotomie mittels infraumbilikalen Längsschnitts ausgeführt. Operateur Dr. Albrecht. Nach Eröffnung der Peritoneums fließt reichlich dünnflüssiger, geruchloser, gelber Eiter ab. Nach Entleerung des Eiters wird das kleine Becken eingestellt. An der rechten Fundushälfte wird eine klaffende, an der Außenseite ca. $^3/_4$ cm lange, $^1/_2$ cm breite Perforationsöffnung gefunden. Dieselbe ist für die dicke Uterussonde gut durchgängig. Der Uterus selbst ist klein, nicht gravid. Allseitig bestehen leicht lösbare Verwachsungen und überall ist reichlich Eiter vorhanden. Sorgfältige Reinigung und doppelte Uebernähung der Perforationsöffnung und Anlegung einer Drainage durch den hinteren Douglas. Daraufhin Spülung mit Na Cl-Lösung in Beckentieflage.

15. Dezember. Heute ist Temperatur 36,5, Puls 110. Es wird Digalen intravenös gegeben. Außerdem ein permanenter Na Cl-Tropfeinlauf.

16. Dezember. Das Erbrechen dauert an, abends wird eine Magenspülung gemacht, daraufhin tritt eine Besserung für die Nacht ein. Subkutan wird Physostigmin injiziert.

17. Dezember. Seit der Magenspülung zweimal Erbrechen aufgetreten. Der Leib ist immer noch stark aufgetrieben, aber weich und nicht druckempfindlich. Stuhlgang und Flatus gehen ab. Der Puls beträgt 115, ist kräftig und regelmäßig. Die Temperatur 38,1.

19. Dezember. Der Tampon wird entfernt. Es entleert sich sehr viel purulenter Eiter. Am Abdomen sind kleinere Nahteiterungen aufgetreten. Deswegen wird die Hautnaht entfernt. Das Allgemeinbefinden ist besser. Der Puls ist kräftig, 100. Gegen das Erbrechen helfen sehr gut Magenspülungen.

25. Dezember. Keine peritonitischen Erscheinungen mehr. Die Bauchwunde klafft leicht und ist von Granulationen belegt. Aus der Tamponwunde fließt nur wenig Sekret ab. Die Temperatur ist dauernd unter 38.

30. Dezember. Das Allgemeinbefinden ist heute gut. Temperatur normal. Nur hin und wieder besteht Brechreiz.

5. Januar. Die Bauchwunde ist gut gereinigt und zeigt sehr kräftige Granulationen. Die Vaginalwunde entleert wenig eitriges Sekret.

15. Januar. Die Bauchwunde beginnt vom unteren Winkel an sich zu schließen.

25. Januar. Das Allgemeinbefinden ist sehr gut. Die Patientin ist beschwerdefrei. Die Bauchwunde ist gut geheilt. Deswegen wird Patientin entlassen.

XVI.

Maria P., 36 Jahre alt. Aufnahme Nr. 2232/12.

15. Mai 1912 bis 20. Mai 1912. Gestorben.

Am 14. Mai ist die Patientin operativ entbunden worden. Es handelte sich um eine Querlage. Es wurde die Wendung, Extraktion und manuelle Plazentarlösung ausgeführt. Am 15. Mai früh traten peritonitische Erscheinungen auf.

Status: Es handelt sich um eine Frau im mäßigen Ernährungszustand von auffallender allgemeiner Anämie. Temperatur ist normal, Puls 110—120, mittelstark.

Das Abdomen ist stark vorgewölbt in Größe und Form einer Gravidität im 10. Monat entsprechend. Ueberall herrscht Tympanie, überall starker Meteorismus. Die vaginale Untersuchung ergibt einen für eine Hand durchgängigen Uterusriß, durch den Darmschlingen zu fühlen sind. Sofortige Laparotomie. Operateur Dr. Albrecht. Durch infraumbilikalen Längsschnitt werden die Bauchdecken eröffnet. Die Darmschlingen sind ad maximum gebläht und entzündlich gerötet. Im Abdomen befindet sich reichlich Blut. Im Uterus findet sich linksseitlich nach vorn bis zur Blase reichend eine Ruptur. Daraufhin wird die Totalexstirpation des Uterus ausgeführt. Drainage nach der Vagina hin. Etagennaht der Bauchdecken.

16. Mai. Das Abdomen ist stark vorgewölbt, es besteht absolute Verhaltung von Flatus. Temperatur zwischen 37 und 38. Puls 110. Die Zunge ist feucht. Die Patientin wird in Beckentieflagerung gebettet. Injektion von Physostigmin.

17. Mai. Stuhlgang und Flatus sind abgegangen. Die Patientin macht einen günstigeren Eindruck.

20. Mai. Nachts ist der Puls schnell auf 140 gestiegen, Temperatur ist 37, die Zunge ist trocken, der Leib ziemlich weich. Trotz Kampfer und Digalen tritt der Exitus ein.

Die Sektion ergibt als pathologisch-anatomische Diagnose: Diffuse eitrig-fibrinöse Peritonitis. Pneumonie im rechten Unterlappen. Braune Degeneration des Myocards. Trübe Schwellung der Leber. Milzschwellung mäßigen Grades. Frische Thrombose beider Schenkelvenen.

XVII.

Bertha E., 32 Jahre. Aufnahme Nr. 5147/12.
12. November 1912. Gestorben.

Vorgeschichte: Seit 5 Tagen sollen angeblich nach einem Fall starke Schmerzen im Leib bestehen.

Status: Die Patientin befindet sich in delirantem Zustande. Die Zunge ist trocken. Es besteht ausgesprochene Facies abdominalis. Der Puls ist 144, fadenförmig. Das Abdomen ist stark aufgetrieben, diffus schmerzhaft. In den oberen Partien besteht Tympanie, in den abhängigen Partien Dämpfung. Es ist freie Flüssigkeit vorhanden.

Laparotomie mittels medianen Längsschnitts. Operateur Dr. Zanders. Bei Eröffnung des Peritoneums entleert sich massenhaft grünlichgelber, flockiger Eiter. Das eitrige Exsudat wird entfernt. Die Ausspülung unterbleibt wegen zunehmender Herzschwäche. Schluß der Bauchdecken.

Unter Collapserscheinungen tritt der Exitus ein. Die Sektion ergibt diffuse eitrige Peritonitis, ausgehend von jauchiger Endometritis post abortum, eitrige Thrombophlebitis.

XVIII.

Katharina M., 27 Jahre. Aufnahme Nr. 235/13.
14. Januar 1913 bis 16. Januar 1913. Gestorben.

Vorgeschichte: Patientin gibt an, am 11. Januar auf den Rücken gefallen zu sein. Seitdem bestehen zunehmende Leibschmerzen und absolute Stuhlverhaltung. Häufiger ist Erbrechen eingetreten. In kurzer Zeit ist der Leib sehr aufgetrieben und schmerzhaft geworden.

Status: Patientin befindet sich in gutem Ernährungszustand. Die Atmung ist stark beschleunigt und hat costalen Typus. Die peripheren Teile sind cyanotisch. Die Schleimhäute blaß. Die Zunge ist trocken, grauweiß belegt. Sichtbare Verletzungen bestehen nicht. Typische Facies abdominalis. Die Lungengrenzen sind durch Meteorismus nach oben gedrängt und zeigen leichte bronchitische Erscheinungen. Der Puls ist weich, 120, Temperatur 37,3. Die letzte Menstruation trat Anfang Oktober 1912 ein. Die Brüste enthalten Colostrum. Das Abdomen ist hochgradig druckempfindlich. Die Bauchdecken sind stark gespannt. Durch Perkussion ist freier Erguß nachweisbar. Die vaginale Untersuchung ergibt den Uterus entsprechend einer Gravidität des 3. Monats vergrößert.

Urin: Albumen +, Cylinder +, Saccharum —.

Wegen der peritonitischen Erscheinungen wurde sofort die Laparotomie mittels des infraumbilikalen Längsschnittes vorgenommen. Operateur Dr. Albrecht. Nach Eröffnung des Peritoneums ergießt sich eine Masse klarer, seröser Flüssigkeit. Die

Adnexe, die Appendix vermiformis, die Gallenblase und der Magen zeigen keinen pathologischen Befund. Die Dünndarmschlingen zeigen vereinzelt fibrinöse Auflagerungen. Das Jejunum von der Radix abwärts eigentümlich ödematös geschwellt. Vom Mesenterium geht ein 10 cm langer Strang aus. Dieser wird entfernt. Die Uterusserosa ist eitrig belegt. Die Bauchdecken werden in Etagennähten geschlossen. Die medikamentöse Therapie besteht in Darreichung von Physostigmin, Morphin, Digalen, Kampfer, Hormonal und Na Cl-Einlauf, letzterer intravenös.

15. Januar. Die Cyanose hat zugenommen. Der Puls ist klein, fliegend, kaum fühlbar, 120. Das Abdomen ist ziemlich weich, druckempfindlich. Es besteht heftiges Erbrechen von wässerigen, bräunlichen, wenig kotig riechenden Massen.

16. Januar. Unter zunehmender Cyanose und gesteigerten, allgemeinen, schweren peritonitischen Erscheinungen tritt der Exitus ein.

Sektion: Fibrinöse Peritonitis. Diphtherische Ulcera des S-Romanum. Entzündliche Verwachsungen desselben mit der Blase. Oedem des oberen Dünndarms. Beginnende parenchymatöse Degeneration der Nieren. Uterus puerperalis. (Keine Perforation.)

B. Von der Appendix ausgehende eitrige Peritonitiden.

XIX.

1. Barbara F., 26 Jahre. Aufnahme Nr. 4171/08.

29. Oktober 1908 bis 24. November 1908. Gestorben.

Vorgeschichte: Seit 8 Tagen bestehen Störung des Allgemeinbefindens, Frösteln und Fieber. Am 27. Oktober traten starke Schmerzen im Unterleib, verbunden mit Brechreiz, auf. Erbrechen besteht keines. Seit längerer Zeit besteht geringer Ausfluß aus der Scheide.

Status: Es handelt sich um eine Patientin in reduziertem Ernährungszustand. Temperatur 39,6. Das Abdomen ist weich und nicht aufgetrieben. Im rechten Hypogastrium ist eine Resistenz fühlbar. Es besteht erhebliche Druckempfindlichkeit. Die vaginale Untersuchung ergibt einen sich an die Portio anschließenden, großen Tumor, dem sich dann nach rechts hin ein etwas weicherer Tumor anschließt. Der Fundus uteri scheint retrodextroponiert. Eine genaue Palpation ist wegen der peri-parametrischen Zustände nicht möglich. In den nächsten Tagen bleibt die Temperatur zwischen 38,3 und 40,3. Der Puls zwischen 72 und 100.

1. November. Die Temperatur beträgt 40,3, der Puls 136, klein. Es wird sofort die Laparotomie gemacht. Operateur Dr. Albrecht. Zuerst Schnitt längs dem Ligamentum Pouparti. Extraperitoneale Freilegung der Fossa iliaca und des kleinen Beckens ergibt den palpierten Tumor intraperitoneal gelegen. Daher wird die pararectale Incision ausgeführt. Bei Eröffnung des Peritoneums fließt reichlich reiner Eiter ab. Die Appendix liegt nach dem kleinen Becken zu und ist mit den rechten Adnexen verwachsen. Typische Appendectomie. Das Peritoneum ist diffus entzündet. Am Abend ist die Temperatur auf 36,5 gefallen, der Puls beträgt 125. Die medikamentöse Therapie besteht in Darreichung von Physostigmin, Coffëin und Na Cl-Lösung.

2. November. Der Puls ist sehr klein und fadenförmig geworden, beträgt 160. Wiederholt tritt Erbrechen auf.

Am 4. November ist das Befinden besser. Der Puls ist kräftiger, doch besteht immer noch Erbrechen. Die Temperatur beträgt 38,3. Stuhl entleert sich auf Glycerin-Einlauf reichlich. Es wird ein Dauereinlauf von 3 Liter Na Cl-Lösung gemacht.

8. November. Der Puls bleibt zwischen 115 und 135, die Temperatur zwischen 36,8 und 39,2. Die Sekretion der Laparotomiewunde ist gering.

6. November. Der Puls steigt über 140. Die Abendtemperatur beträgt 39,2. Wegen eines Tumors im Douglas wird die Kolpotomie gemacht, die reichlich stinkenden Eiter zu Tage gefördert. Die Temperatur bleibt hoch, die Pulsfrequenz steigt noch. Das Krankheitsbild bleibt in der nächsten Zeit unverändert.

20. November. Die Patientin ist sichtlich verfallen, sie ist apathisch und unruhig. Durch die Kolpotomiewunde entleert sich reichlich käsiger, stinkender Eiter.

22. November. Status idem. Puls 140—160, sehr weich. Es wird Adrenalin + Na Cl-Lösung gegeben. Kampfer und Coffëin.

23. November. Der Puls ist auf 180 gestiegen, kaum noch fühlbar. Die Therapie bleibt dieselbe.

24. November. Der Exitus tritt ein unter den Symptomen der septischen Konsumption. Es besteht keine Peritonitis mehr.

XX.

2. Maria H., 16 Jahre. Aufnahme Nr. 285/09.

18. Januar 1909 bis 23. Januar 1909. Gestorben.

Vorgeschichte: Seit 3 Tagen besteht krampfartiges Stechen in der rechten Seite.

Status: Die Patientin befindet sich in gutem Ernährungszustand. Temperatur und Puls normal. Das Abdomen ist weich und nicht aufgetrieben. In den unteren Partien besteht Druck-

empfindlichkeit. Am 20. Januar wird die Laparotomie ausgeführt. Operateur Dr. Duschl. Pararectaler Schrägschnitt. Aus der Peritonealhöhle entleert sich von allen Seiten reichlich stinkender Eiter. Die Darmschlingen sind mit Fibrin belegt. Die Appendix liegt nach hinten oben und zeigt eine Perforationsöffnung. Sie wird in typischer Weise abgetragen. Da das Coecum breite Wanddefekte aufweist, wird eine Serosaübernähung gemacht. Der Eiter wird aus der Bauchhöhle entleert. Darauf wird eine Kontraincision gemacht und hier eine Ileumschlinge zwecks Enterostomie eingenäht. Allseitige Drainage. Teilweiser Schluß der Wunde. Na Cl Infusion.

21. Januar. Die peritonitischen Erscheinungen haben sich gesteigert. Der Bauch ist stark gespannt, aufgetrieben, druckempfindlich. Der Puls ist sehr klein, frequent. Erbrechen tritt auf. Es wird Physostigmin und Morphin injiziert. Verbandwechsel.

22. Januar. Nachts tritt Erbrechen fäkulenter Massen auf. Der Leib ist sehr stark gespannt. Der Puls ist sehr klein geworden, 130. Es wird eine Magenspülung gemacht und später eine Darmpunktion, bei der sich viel Gas und fäkulenter Inhalt entleeren. Eine nach einigen Stunden wiederholte Darmpunktion ergibt wenig Gas und Kot. Die Temperatur ist auf 40,3 gestiegen. Der Puls trotz intravenöser Infusion von Na Cl- + Adrenalin-Lösung sehr klein, 135. Es wird außerdem ein Dauereinlauf von 2 Liter Na Cl-Lösung gemacht.

23. Januar. Die bedrohlichen Symptome haben sich gesteigert. Der Leib ist sehr stark aufgetrieben, das Erbrechen hält an, der Puls 140, kaum noch zu fühlen. Bewußtlosigkeit, Herzschwäche, Exitus.

Sektion verweigert.

XXI.

3. Sophie P., 49 Jahre. Aufnahme Nr. 3469/10.

11. August 1910 bis 13. August 1910. Gestorben.

Vorgeschichte: Patientin gibt an, daß vor 5 Tagen sehr heftige Leibschmerzen, besonders auf der rechten Seite aufgetreten seien. Seit zwei Tagen besteht Erbrechen.

Status: Patientin befindet sich in mäßig gutem Ernährungszustand, macht einen schwerkranken Eindruck. Temperatur und Puls sind normal. Das Abdomen ist aufgetrieben, ist allgemein druckempfindlich, besonders rechts. In den abhängigen Partien besteht Dämpfung. Die Vaginaluntersuchung läßt rechts vom Uterus eine Resistenz, die breit ins Corpus uteri übergeht und sich zum Teil hinter dasselbe erstreckt, erkennen.

13. August. Operateur Dr. Emrich. Die Laparotomie mittels pararectalen Längsschnitts ergibt bei Eröffnung der Bauchhöhle reichlich stinkende, eitrig-seröse Flüssigkeit. Aus dem

kleinen Becken fließt reichlich reiner Eiter ab. Die Appendix liegt nach dem kleinen Becken zu und ist perforiert. Sie wird in typischer Weise abgetragen. Darauf wird eine Dünndarmschlinge in die Bauchwand eingenäht.

Abends hat sich das Befinden gebessert, der Leib weich, der Puls nicht erhöht. Injektion von Physostigmin.

13. August. Nachts erhebliche Verschlimmerung des Zustandes. Der Leib wölbt sich trommelartig vor. Flatus gehen nicht mehr ab. Der Puls ist ganz klein geworden, 140. Es besteht typische Facies abdominalis. Abends tritt Exitus durch Herzschwäche ein.

XXII.

4. Johanna M., 24 Jahre. Aufnahme Nr. 3628/10.

Vom 22. August 1910 bis 17. September 1910. Geheilt.

Vorgeschichte: Seit dem 20. August bestehen heftige Schmerzen im Leibe. Es besteht häufiges Erbrechen bräunlicher Flüssigkeit von fäkulentem Geruch.

Status: Patientin befindet sich in gutem Ernährungszustand, ist bleich, etwas cyanotisch. Temperatur 38,9. Puls 115. Das Abdomen ist aufgetrieben, das Meso-Hypogastrium sehr druckempfindlich. Es besteht keine reflektorische Bauchdeckenspannung und keine Dämpfung. Rechts sieht man eine Appendectomienarbe. Die Vaginaluntersuchung zeigt den Uterus äußerst schmerzhaft. Tumoren oder Exsudate bestehen nicht. Das Pelveoperitoneum ist äußerst empfindlich.

23. August. Es bestehen sehr heftige Schmerzen im ganzen Leib, sehr stark belegte Zunge, leicht cyanotisches Aussehen. Facies abdominalis. Der Leib ist nicht sehr stark aufgetrieben. Viermal tritt galliges Erbrechen auf. Die Gegend links und unterhalb vom Nabel ist sehr druckempfindlich. Seit heute Morgen starke Genitalblutung. Da der Zustand der Patientin auf eine Peritonitis hinweist, wird die Laparotomie mittels infraumbilikalen Längsschnitts ausgeführt. Operateur Dr. Albrecht. Es handelt sich um eine diffuse, eitrige Peritonitis, ausgehend von einem postappendicitischen Absceß. Sämtliche Darmschlingen sind mit serofibrinösen Belägen bedeckt und zeigen hochgradig injizierte Serosa. Im kleinen Becken und rechts an der hinteren Bauchwand seropurulentes Exsudat. Dasselbe wird ausgetupft. Die Adnexe sind frei. Die Drainage wird nach der Vagina und der Wunde zu ausgeführt.

26. August. Verbandwechsel. Die Wunde ist vollkommen reizlos. Patientin erbricht nur ab und zu schleimig wässerige Massen. Da die Patientin sehr unruhig ist, bekommt sie Morphin.

30. August. Der Zustand hat sich sehr gebessert. Es besteht kein Brechreiz mehr. Der Stuhl entleert sich auf Einlauf. Herausnahme des Tampons aus der Vagina. Die Wunde der

Bauchdecken heilt per primam. Der vaginale Tampon wird erneuert, der abdominale gekürzt.

1. September. Der abdominale Tampon wird teilweise entfernt und am 3. September erneuert. Es ist nur noch wenig Sekretion vorhanden. Die weitere Heilung ist ungestört, sodaß die Patientin am 17. September völlig beschwerdefrei entlassen werden konnte. Die Bauchwunde ist solide, reaktionslos verheilt.

XXIII.

5. Josepha K., 20 Jahre alt. Aufnahme Nr. 3844/11.

25. August 1911 bis 29. September 1911. Geheilt.

Vorgeschichte: Patientin erkrankte am 21. August unter Schüttelfrost und Schmerzen in der rechten Seite. Es besteht Erbrechen und Aufstoßen.

Status: Es handelt sich um eine mittelgroße, kräftige Patientin in gutem Ernährungszustand. Temperatur 37,5, Puls 126. Das Abdomen ist aufgetrieben, die Bauchdecken gespannt, es besteht Druckempfindlichkeit, besonders in der rechten Iliocöcalgegend. Die Vaginaluntersuchung ergibt rechts einen Tumor, dessen Grenzen nicht genau abzutasten sind. Es wird die Laparotomie sofort vorgenommen. Operateur Dr. Laubmann. Großer pararectaler Schnitt rechts. Nach Eröffnung des Peritoneums fließt von allen Seiten dünnflüssiger Eiter ab. Ein der rechten Darmbeinschaufel aufliegender, dickflüssigen, stinkenden Eiter enthaltender Absceß wird eröffnet. In demselben findet sich die total gangränöse, kotigen Inhalt entleerende Appendix Dieselbe wird abgetragen und die Schnittfläche in 2 Etagen übernäht. Der Absceß wird mit Na Cl-Lösung ausgespült. Auch die anliegenden Darmschlingen werden abgespült. Drainiert wird mit einem Gummirohr, welches in die Nähe der Abtragungsstelle gelegt wird. Schluß der Bauchdecken bis auf die Drainageöffnung.

27. August. Das Allgemeinbefinden hat sich erheblich gebessert. Temperatur und Puls sind normal. Die Darmperistaltik ist zufriedenstellend. Die weitere Heilung ist bis zum 2. September ungestört. An diesem Tage wurde ein Douglasabszeß durch Kolpotomie entleert. Das Allgemeinbefinden bessert sich fortschreitend, bis am 29. September die Patientin beschwerdefrei entlassen werden konnte.

XXIV.

6. Therese K., 29 Jahre alt. Aufnahme Nr. 5293/11.

4. Dezember 1911 bis 9. Dezember 1911. Gestorben.

Vorgeschichte: Patientin gibt an, daß beim Aufheben eines schweren Gegenstandes Schmerzen in beiden Bauchhälften entstanden seien. Nach 2 Tagen wurden die Schmerzen heftiger und Patientin suchte die Klinik auf.

Status: Die Patientin befindet sich in reduziertem Kräftezustand und ist auffallend blaß. Das Abdomen ist mäßig aufgetrieben, es besteht keine reflektorische Bauchdeckenspannung. In der Mittellinie oberhalb des Nabels und rechts von demselben Druckempfindlichkeit. Eine Resistenz ist nicht nachzuweisen. Temperatur 38,5, Puls 120. Urin: Alb. ++, Aldehyd +, Cylinder +.

5. Dezember. Es wird die Laparotomie mittels infraumbilikalen Längsschnitts vorgenommen. Operateur Professor Amann. Es handelt sich um eine diffuse serofibrinöse Peritonitis mit wenig Exsudatbildung. Die Appendix enthält einen Kotstein und ist total gangränös. Der sich in der Bauchhöhle befindende stinkende Eiter wird sorgfältig ausgetupft. Appendectomie. Drainage durch eine Incision an der Spina iliaca ant. sup. Staffelförmige Drainage. Zur Anregung der Peristaltik wird Physostigmin gespritzt. Am folgenden Tage steigt Puls und Temperatur. Das Allgemeinbefinden verschlechtert sich.

Am 9. Dezember tritt der Exitus durch Herzschwäche ein. Sektion verweigert.

XXV.

7. Katharina St., 22 Jahre. Aufnahme Nr. 360/12.

24. Januar 1912 bis 26. Februar 1912. Geheilt.

Vorgeschichte: Patientin erkrankte am 23. Januar mit Leibschmerzen auf der rechten Seite, Erbrechen, Schüttelfrost, Fieber.

Status: Es handelt sich um eine blasse, sehr unruhige Patientin. Fliegender Puls, 160. Beschleunigte Atmung, 50 in der Minute. Das Abdomen ist aufgetrieben, im rechten Hypochondrium besteht eine schmerzhafte Resistenz. In den abhängigen Partien gedämpfter Perkussionsschall. Die Vaginaluntersuchung ergibt eine Gravidität im 3. Monat. Es wird sofort die Laparotomie mittels rechten Pararectalschnitts ausgeführt. Operateur Dr. Albrecht. Nach Eröffnung des Peritoneums entleert sich reichlich Eiter aus allen Teilen der Bauchhöhle. Die Appendix ist mäßig stark verwachsen und liegt hinter dem graviden Uterus. Nach Lösung derselben zeigt es sich, daß Empyem der Appendix mit basaler Perforation besteht. Typische Appendectomie. Im kleinen Becken befinden sich sehr große Eitermengen. Austupfen des Eiters aus der Bauchhöhle. Staffeldrainage.

25. Januar. Der Puls 120, kräftig, regelmäßig, Temperatur normal. Das Abdomen ist stark aufgetrieben, die Zunge trocken und belegt. Am 26. Januar tritt erhebliche Besserung des Befindens ein. Am 28. Januar tritt nachts Spontanabort ein. Der weitere Verlauf der Heilung ist ungestört, bis am 26. Februar die Patientin beschwerdefrei entlassen werden konnte. Die Bauchwunde ist gut verheilt. Der Uterus normal.

XXVI.

8. Ursula B., 31 Jahre alt. Aufnahme Nr. 2687/12.
12. Juni 1912 bis 4. Juli 1912. Geheilt.

Vorgeschichte: Seit drei Tagen bestehen Uebelkeit, Erbrechen und starke Leibschmerzen.

Status: Es handelt sich um eine gracil gebaute, stark abgemagerte Frau. Temperatur 38,2, Puls 120. Das Abdomen ist nicht besonders aufgetrieben, weich. Besonders in der rechten unteren Bauchgegend Druckempfindlichkeit. Freie Flüssigkeit läßt sich nirgends nachweisen. Es wird sofort die Laparotomie mittels infraumbilikalen Längsschnitts ausgeführt. Operateur Dr. Albrecht. Die Bauchhöhle enthält reichlich freien, übelriechenden Eiter. Die Darmserosa ist stark injiziert und eitrig belegt. Es besteht Appendixgangrän. Appendectomie. Die Adnexe sind frei. Spülung der Bauchhöhle mit viel Na Cl-Lösung. Schluß der Bauchwunde. Nach der Operation Injection von 0,002 Physostigmin.

13. Juni. Temperatur 39, Puls 95. Befinden gut. Im weiteren reaktionsloser Heilungsverlauf.

4. Juli. Die Laparotomiewunde ist völlig geheilt, die Patientin wird mit gut sitzender Leibbinde wegen erheblicher Schwäche einer Rekonvaleszentenanstalt überwiesen.

XXVII.

9. Antonie H., 20 Jahre. Aufnahme Nr. 183/13.
11. Januar 1913 bis 14. Januar 1913. Gestorben.

Vorgeschichte: Durch vermeintliche Erkältung erkrankte Patientin am 9. Januar. Starke Diarrhoen und heftiges Erbrechen. Abends stellten sich sehr starke Schmerzen in der rechten Leibseite ein.

Status: Patientin macht einen schwer kranken Eindruck. Es besteht Cyanose der peripheren Teile und Facies abdominalis. Puls 105, Tempertar 38,8. Das Abdomen ist etwas aufgetrieben, diffus druckempfindlich, besonders in der rechten Bauchseite. Hier besteht auch Resistenz. Erhebliche Bauchdeckenspannung. Die Vaginaluntersuchung ergibt das rechte Parametrium infiltriert und sehr schmerzhaft. Die am folgenden Tage vorgenommene Laparotomie mittels pararectalen Längsschnitts ergibt eine eitrige, progrediente, jauchige Peritonitis, ausgehend von einer Appendicitis gangränosa. Operateur Dr. Albrecht. Entfernung der Appendix und Austupfen des Eiters aus der Bauchhöhle. Cigarettendrains. Schluß der Bauchdecken. Physostigmin-Injektion.

14. Januar. Puls 140—150, Temperatur ansteigend bis 40,3. Der Puls wird immer kleiner und fadenförmig. Patientin verfällt sichtlich. Unter dem Zeichen zunehmender Herzschwäche tritt Exitus ein.

Die Sektion ergibt diffuse, eitrige Peritonitis, beginnende Degeneration der parenchymatösen Organe. Trübe Schwellung des Herzens.

XXVIII.

10. Johanna S., 18 Jahre. Aufnahme Nr. 385/13.

22. Januar 1913 bis 25. Januar 1913. Gestorben.

Vorgeschichte: Patientin erkrankte am 19. Januar mit diffusen Leibschmerzen, Fieber und Durchfall. Das Allgemeinbefinden verschlimmerte sich am 21. Januar so, daß die Patientin die II. gynaekologische Klinik aufsuchte.

Status: Es handelt sich um ein kräftiges Mädchen mit typischer Facies abdominalis. Status thymo-lymphaticus. Hochgradige Erregung. Das Abdomen ist aufgetrieben und in der rechten unteren Bauchgegend druckempfindlich und gespannt. Eine pathologische Resistenz läßt sich nicht nachweisen. Temperatur 39,2, Puls 120. Es wurde sofort Laparotomie vorgenommen mittels suprasymphysären Fascienquerschnitts. Operateur Dr. v. Bomhard. Es zeigt sich reichlich freies, eitriges Exsudat, besonders rechts. Die Darmschlingen, besonders im kleinen Becken sind fibrinös-eitrig belegt. Die Appendix zeigt an ihrem freien Ende Empyem und fibrinöse Beläge. Sie wird entfernt. Uterus und Adnexe sind frei. Nach Austupfen des Exsudates vollkommener Schluß der Bauchhöhle. Physostigmin-, Pantopon-, Digalen-Injektion.

23. Januar. Das Fieber ist auf 39,6 gestiegen. Das Allgemeinbefinden relativ gut. Der Leib mäßig aufgetrieben und weich. Die Zunge ist sehr trocken, schmierig belegt. Es besteht eine auffallende Cyanose. Am folgenden Tage erhebliche Verschlimmerung des Allgemeinbefindens. Der Puls wird sehr klein.

25. Januar. Die Facies abdominalis ist noch ausgesprochener, der Meteorismus hat zugenommen. Puls 125, kaum fühlbar. Temperatur 41,5. Trotz Kampfer und anderen Herzmitteln tritt der Exitus ein.

Sektion: Status thymo-lymphaticus. Diffuse eitrige Peritonitis. Parenchymatöse Degeneration der Nieren. Septische Milz.

XXIX.

11. Barbara M., 45 Jahre. Aufnahme Nr. 3203/13.

12. Juli 1913 bis 13. September 1913. Geheilt.

Vorgeschichte: Patientin erkrankte am 10. Juli mit heftigen Schmerzen in der rechten Seite des Unterleibes. Allmählich verbreiteten sich die Schmerzen über den ganzen Leib. Als die Schmerzen sich ständig steigerten und am 12. Juli heftiges Erbrechen auftrat, suchte die Patientin das Krankenhaus l. I.

auf. Von der medizinischen Abteilung wurde sie sofort zur Operation der II. gynaekologischen Klinik überwiesen. Es besteht Stuhlverhaltung seit dem 10.

Status: Es handelt sich um eine ziemlich große, kräftig gebaute Patientin mit ausgeprägter Facies abdominalis. Temperatur 38, Puls 90. Das Abdomen ist flach, die Bauchdecken sehr stark gespannt. Das ganze Abdomen außerordentlich stark druckempfindlich. Die Druckempfindlichkeit ist in der Gegend des Mac Burney'schen Punktes besonders ausgeprägt. Es wurde sofort die Laparotomie mittels pararectalen Schnitts ausgeführt. Operateur Dr. Duschl. Nach Eröffnen des Peritoneums entleert sich reichlich eitrig, jauchiges Exsudat. Die Appendix ist ziemlich lang, an ihrem peripheren Ende aufgetrieben und perforiert. Sie wird in typischer Weise abgetragen. Drainage mittels drei Cigarettendrains. Schluß der Bauchdecken. Physostigmin-Injektion. Die Patientin fühlt sich relativ wohl und übersteht auch eine am 17. Juli auftretende Pneumonie des rechten Unterlappens gut. Am 13. September wird Patientin beschwerdefrei, aber noch sehr schwach und anämisch einem Rekonvaleszentenheim überwiesen. Die Wunde ist gut geheilt. Der übrige Befund am Abdomen und an der rechten Lunge ist ohne pathologische Besonderheiten.

XXX.

12. Anna B., 26 Jahre. Aufnahme Nr. 3925/13.
25. August 1913 bis 1. Oktober 1913. Geheilt.

Vorgeschichte: Es traten am 23. August Magenkrämpfe und Schmerzen im Unterleib auf. Erbrechen bestand keines.

Status: Gracil gebaute Patientin in mäßigen Ernährungszustand. Blasse Hautfarbe. Temperatur normal, Puls 105. Das Abdomen ist bretthart gespannt und bewegt sich bei der Atmung nicht mit. Ueberall besteht sehr starke Druckempfindlichkeit, besonders rechts. Sofortige Laparotomie mittels Pararectalschnitts rechts. Operateur Dr. Zanders. Nach Eröffnung des Peritoneums entleert sich von allen Seiten reichlich trübseröse Flüssigkeit. Abtragung der ungefähr 10 cm langen, an ihrer Spitze gangränösen Appendix in typischer Weise. Austupfen der Flüssigkeit. Drainage des kleinen Beckens und der Cöcalgegend. Teilweiser Schluß des Peritoneums, der Muskulatur und der Fascie. Physostigmin-Injektion. In der folgenden Zeit der Puls normal.

Eine am 9. September 1913 vorgenommene gynäkologische Untersuchung ergibt im hinteren Douglas einen ca. apfelgroßen Tumor. Die Kolpotomie fördert reichlich stinkenden Eiter zu Tage. Die Besserung im Befinden hält an.

Am 20. September ist die Patientin beschwerdefrei und kann aufstehen.

Am 1. Oktober ist die Wunde fast vollständig geheilt, die Temperatur normal, das Allgemeinbefinden gut. Die Patientin wird geheilt entlassen.

Von den vorstehenden 30, in der II. gynaekologischen Klinik in München während der letzten $4^1/_2$ Jahre operierten Patientinnen, die an diffuser eitriger Peritonitis litten, sind 16 gestorben und 14 geheilt worden. Eine Pat. starb nicht an der Peritonitis selbst, sondern einen Monat später unter den Symptomen septischer Konsumption. Die Peritonitis war geheilt. Das entspricht einer Mortalität von 50% resp. 53,3%. Was nun die Entstehungsursache der Peritonitis anlangt, so nehmen die von den inneren weiblichen Genitalien ausgehenden Erkrankungen dem Charakter der Klinik entsprechend, den ersten Platz ein, mit 18 Fällen, von denen 10 gestorben und 8 geheilt wurden. Hierzu gehören auch die Fälle, die vom puerperalen, resp. graviden Uterus ausgingen und die bekanntlich eine recht schlechte Prognose bieten. An zweiter Stelle stehen die von der Appendix ausgehenden Peritonitiden, von denen 6 gestorben und 6 geheilt sind. Daraus ergibt sich eine Mortalität für die von den Genitalien ausgehenden Erkrankungen von 55,5, für die von der Appendix ausgehenden 50%.

Fromme nimmt drei Arten der von den inneren, weiblichen Genitalien ausgehenden Peritonitiden an und zwar:

I. Diffuse eitrige Peritonitis, zustande gekommen durch Durchwanderung von Keimen auf dem Wege der Blut- und Lymphbahn durch den puerpuralen Uterus hindurch. Diese Peritonitisart hat eine sehr schlechte Prognose. Hierher gehören die Fälle XVII (gest. und XVIII (gest.). Mortalität 100%.

II. Diffuse eitrige Peritonitis, zustande gekommen durch Fortleitung einer Endometritis allein auf dem Wege durch die Tuben. Die Prognose dieser Erkrankung ist eine relativ günstige. Diese Entstehungsursache wurde neunmal gefunden und zwar in Fall I (gest.), III (gest.), VI (gest.), VII (geh.), IX (geh.), X (geh.), XI (geh.), XII (geh.), XIII (gest.). Die Mortalität beträgt also 44,4%.

III. Diffuse eitrige Peritonitis, zustande gekommen durch Entleerung eines präformierten Eiterherdes (Pyosalpinx usw.) in die Bauchhöhle hinein oder durch Perforation der Vagina oder des Uterus durch Finger oder Instumente. Die Prognose dieser

Erkrankung hängt von der möglichst schnellen Entfernung der in die Bauchhöhle eingedrungenen Infektionsstoffe ab. Diese Art wurde siebenmal beobachtet und zwar in Fall II (gest.), IV (gest.), V (geh.), VIII (gest.), XIV (geh.), XV (geh.), XVI (gest.). Die Mortalität beträgt also in diesem Falle 57,1%.

Als Grund für die von der Appendix vermiformis ausgehenden Peritonitiden wurde fünfmal eine Appendixperforation gefunden, und zwar in Fall XX (gest.), XXI (gest.), XXIII (geh.), XXV (geh.), XXIX (geh.), Das entspricht einer Mortalität von 40 %.

Fünfmal wurde Appendixgangrän als Grund für die Peritonitis gefunden. Fall XXIV (gest.), XXVI (geh.), XXVII (gest.), XXVIII (gest.), XXX (geh.), Mortalität gleich 60%. Einmal verdankte die Peritonitis einem postappendicitischen Prozeß ihre Entstehung. Fall XXII (geh.).

In einem Falle fehlt eine nähere Angabe über den Zustand der Appendix, jedoch ging auch hier die Peritonitis von einer Appendicitis aus. Fall XIX (geh.).

Wie schon eingangs ausgeführt wurde, handelt es sich bei den vorstehend angeführten Fällen ausnahmslos um diffuse eitrige Peritonitiden und wurden jene Fälle lokalisierter, peritonitischer Affektion genitaler oder appendicitischer Herkunft nicht mit aufgeführt, da sonst eine völlig irreführende, außerordentliche Verringerung der Mortalitätsziffer und ein falsches Bild von der Prognose der diffusen eitrigen Peritonitis resultieren würde.

In zwei Fällen, nämlich Fall VII und XI handelt es sich um eine gonorrhoische Affektion des Bauchfelles. In den meisten übrigen Fällen konnten Streptokokken nachgewiesen werden.

Es ist ja gerade die der diffusen eitrigen Peritonitis zukommende allgemeine Infektion und Intoxikation mit der im Vordergrund stehenden Schädigung der Circulationsorgane, wodurch die Prognose beherrscht und verschlechtert wird. Solange es sich um lokalisierte Infektionsprozesse handelt, stellt die chirurgische Therapie in der Mehrzahl der Fälle die radikale dar und hat selbstverständlich die besten Erfolge. Anders bei der diffusen eitrigen Peritonitis, bei der die Laparotomie nur mehr eines der Hilfsmittel im Kampfe gegen die schwere Allgemeinerkrankung darstellen kann, dadurch, daß sie den Organismus im Kampfe gegen die schwere Infektion unterstützt durch Wegschaffung des eitrigen Exsudates und event. des Ausgangspunktes. Es sind hier dieselben Unterschiede gegeben in therapeutischer und prognostischer Hinsicht wie bei der Behandlung eines Panaritiums und einer schweren septischen Phlegmone. Immer wird der Ausgang der Erkrankung schließlich einzig und

allein abhängen von der Schwere der specifischen Virulenz und der vorhandenen Größe der Resistenz des betroffenen Organismus.

Zum Schlusse der Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. Amann für die Uebernahme des Referates und für die Ueberlassung des Materials und Herrn Oberarzt Dr. Albrecht für seine freundliche Unterstützung meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Handbuch für Gynäkologie von Veit, 4. Bd. 2. Abteil. Seite 831, 847.
Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynäkologie von Franz und Veit, 26. Jahrgang, 1. Abteil. S. 21—55.
Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie 28. Kongreß 1909. I. 63—91, II. 153 ff., 298 ff., 638 ff.
Münchener med. Wochenschrift 1912 Nr. 16 und 42, 1913 Nr. 32.
Erfahrungen bei der chirurgischen Behandlung der akuten exsudativen Peritonitis. Inaug.-Dissert. von Erich Friedenthal in Breslau 1912, Seite 43.
Zentralblatt für Gynäkologie 1912 und 1913.
Zentralblatt für Chirurgie 1912.
Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. 37 Heft 2.

Lebenslauf.

Otto Karl Renoldi, Sohn des Sanitätsrates Dr. Wilhelm Renoldi, wurde geboren am 9. Oktober 1886 zu Essen an der Ruhr.

Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er an den humanistischen Gymnasien zu Bonn und Essen, wo er im Februar 1906 das Reifezeugnis erhielt.

Er studierte an den Universitäten: Freiburg S.-S. 1906, Marburg W.-S. 1906/07 bis S.-S. 1908, Berlin W.-S. 1908/09, München S.-S. 1909 bis W.-S. 1909/10, Marburg S.-S. 1910, München W.-S. 1910/11.

Seine ärztliche Vorprüfung bestand er am 14. November 1908, sein ärztliches Staatsexamen am 26. April 1912 in München. Seiner aktiven, militärischen Dienstpflicht genügte er im W.-S. 1908/09 in Berlin beim 2. Garde-Dragoner-Regiment.

Als Medizinalpraktikant arbeitete er in der Frauenklinik, Augenklinik und med. Poliklinik zu München und am Elisabeth-Krankenhause zu Essen.

Seine akademischen Lehrer waren in Freiburg: Himsted, Keibel und Kiliani. In Marburg: Bach, Bauereisen, Beneke, Brauer, Disse, Friedrich, Gasser, Häcker, Korschelt, A. Meyer, Ostmann, Richarz, Rieländer, Sauerbruch, Schenck, Stöckel, Tuczek, Zinke und Zumstein. In Berlin v. Hansemann. In München: Amann, v. Angerer, v. Bauer, Barlow, Borst, Döderlein, Eversbusch, Gebele, v. Gruber, Hahn, Hörmann, Klaußner, Kopp, Kraepelin, May, Meyer, v. Müller, H. Neumayer, v. Notthafft, Rößle, Seitz, Stumpf und v. Tappeiner.